

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR
MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROcq

Médecin de l'hôpital Brocq-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE,
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND,
HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LEPILLET, LEREDDE, A. MATHIEU,
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, J. RENAULT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME IX

N^o 5. — Mai 1898

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCXCIXVIII

CONDITIONS DE LA PUBLICATION

Les **Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie** paraissent le 30 de chaque mois. Chaque cahier contient, outre les matières habituelles du journal, le compte rendu in extenso des séances de la **Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie**.

Les auteurs des *Mémoires originaux* reçoivent gratuitement 50 exemplaires de leur travail sans remboursement ni changement de pagination.

Il sera fait mention ou rendu compte de tout ouvrage relatif à la Dermatologie et à la Syphiligraphie dont deux exemplaires auront été envoyés au journal.

Addresser ce qui concerne la rédaction à M. le Dr **GEORGES THIBIERGE**, 7, rue de Surène, Paris.

CLIN & Cie

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten, essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et **ESSENCE de SANTAL**
COPAHU, CUBÈBE et **ESSENCE de SANTAL**
COPAHU, FER et **ESSENCE de SANTAL**

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

ÉLIXIR DÉRET BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'iodure double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr. de bidoire de mercure.

Ne provoque ni **Hydrargyrisme**, ni **Diarrhée**, évite, par la façon dont il est présenté, les **soupçons de l'entourage**.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

Santal du Dr Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant 20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou chronique, Cystites et toutes inflammations des Muqueuses génito-urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant progressivement.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. $\frac{1}{2}$ de Bromure
Par Dragée, 10 centigr. $\frac{1}{2}$ de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorée, Insomnies, Palpitations de cœur, Erections douloureuses, Spermatorrhée, Éréthisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & Cie — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS

385

IODOL

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITIQUES**
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & Cie, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

SAVONS MÉDICINAUX, A^o MOLLARD

JOUBERT, Pharmacien de 1^{re} Classe, Successeur PARIS^o 1, Rue des Lombards — USINE à St-Denis (Seine) la doux.

SAVON Pheniqué... à 5% de A^o MOLLARD 12^{fr}

SAVON Boraté... à 10% de A^o MOLLARD 12^{fr}

SAVON au Thymol... à 5% de A^o MOLLARD 12^{fr}

SAVON à l'Ichthyol... à 10% de A^o MOLLARD 24^{fr}

SAVON Borique... à 5% de A^o MOLLARD 12^{fr}

SAVON au Salol... à 5% de A^o MOLLARD 12^{fr}

SAVON au Sublimé à 1% ou 10% de A^o MOLLARD 18^{fr} ou 24^{fr}

SAVON Iodé (KI — 10 %)... de A^o MOLLARD 24^{fr}

SAVON Sulfureux hygiénique de A^o MOLLARD 12^{fr} ou 24^{fr}

SAVON au Goudron de Norvège de A^o MOLLARD 12^{fr}

SAVON Glycérine..... de A^o MOLLARD 12^{fr}

Ils se vendent en boîte de 1/4 et de 1/2 douzaine à 16^{fr}

35 % à MM. les Docteurs et Pharmaciens.

SYPHILIS

GRANULES DARDEL
à l'Arséniate de Mercure

ASO⁵ 2 HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

s. Chaque
ances de la
ans rema-
illigraphie
ris.

T
ure
are.
tigr.

, ni
l est
age.
our.

S
N
de,
ée,
es.

S

RDEL
mercure

plus gran-
tus, l'Et
que la fo

TRAVAUX ORIGINAUX

TUMEURS CUTANÉES D'ORIGINE INCONNUE

Par M. L. Perrin.

L'étude des tumeurs en général est parfois hérisée des plus grandes difficultés; en ce qui concerne les tumeurs de la peau, la dermatologie contemporaine a su distraire de ce groupe des altérations inconnues toute une série d'espèces pathologiques aujourd'hui classées et scientifiquement dénommées. Il en reste pourtant encore un assez grand nombre à déterminer, mais la voie est aujourd'hui tracée et l'on peut y marcher sûrement: décrire avec le plus grand soin les caractères objectifs des tumeurs inconnues, les représenter par le dessin ou le moulage, en faire l'anatomie vivante (examen biopsique ou biopsie selon l'expression créée par M. Ernest Besnier); tels sont les principes qui ont guidé notre cher Maître dans l'étude de divers néoplasmes cutanés qui ont pu anatomiquement et cliniquement être précisés pour ainsi dire d'emblée.

Certaines lésions, quoique étudiées suivant cette méthode, restent cependant d'une interprétation difficile et d'origine inconnue, et ne peuvent être toujours classées dans un groupe morbide connu ou nouveau. Le cas que nous rapportons en est un nouvel exemple: malgré l'observation attentive que nous avons pu faire du malade, malgré l'examen histologique des tumeurs récentes et anciennes que nous a donné M. Pilliet, les lésions présentées par ce malade n'ont pu recevoir une étiquette précise, une dénomination propre. Cliniquement, il s'agit d'un homme de 27 ans, atteint d'un certain nombre de tumeurs confluentes sur la face et le cuir chevelu, discrètes sur les membres, qui depuis quatre ans et demi ne cessent d'apparaître. Dès leur apparition ce sont des infiltrats dermiques plus ou moins saillants, plus ou moins volumineux, d'un rouge brunâtre, qui s'affaissent progressivement et finissent par disparaître, en laissant à leur suite des plaques blanc bleuâtre au niveau desquelles le derme paraît atrophié et l'épiderme aminci et comme boursouflé. Qu'elles soient récentes ou anciennes, ces productions morbides restent indolores et ne sont le siège d'aucun phénomène subjectif. Histologiquement ce sont des lésions inflammatoires surtout périglandulaires dont l'origine reste inconnue.

Voici d'ailleurs l'observation et l'examen histologique des tumeurs.

X..., âgé de 27 ans, boulanger, né à Briançon, vient nous consulter à notre polyclinique dermato-syphiligraphique le 1^{er} mars 1898 pour des tumeurs cutanées siégeant à la face, dans le cuir chevelu et sur les membres.

C'est un homme robuste, un peu pâle seulement comme les ouvriers boulangers qui travaillent la nuit; il n'a jamais été malade sérieusement; il n'a eu qu'une bleorrhagie il y a un an et demi, qui a duré six semaines. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Il a toujours habité Briançon ou Marseille; il a fait son service militaire dans les chasseurs alpins.

C'est le troisième fils d'une famille de cinq enfants; ses frères et sa sœur sont très bien portants. Son père est vivant, il est âgé de 60 ans et très robuste; sa mère est morte il y a un an d'un cancer du sein.

Début de l'affection. — L'affection pour laquelle X... vient consulter, a débuté il y a quatre ans et demi, en octobre 1893, alors qu'il était à la fin de son service militaire. A cette époque il a vu apparaître une saillie circonscrite rouge sur la joue gauche; peu après, d'autres semblables plus ou moins volumineuses se sont montrées sur le front, le lobule de l'oreille, et continuent à se produire depuis quatre ans et demi sur diverses parties de la face et des membres. A la face, elles siègent aujourd'hui sur les joues où elles sont nombreuses, sur le nez, dans le cuir chevelu, sur les membres supérieurs à la région deltoïdienne, sur la cuisse droite, enfin sur les jambes à leur partie antérieure.

Ces diverses tumeurs présentent les caractères suivants :

Celle qui a apparu la première, siège sur la joue gauche à deux centimètres au-dessous de la paupière inférieure et à un centimètre et demi de la face latérale du nez et à une distance à peu près égale au-dessus de la narine gauche. Cette tumeur a les dimensions d'une pièce de un franc, elle n'est pas nettement arrondie, et à plutôt l'aspect d'une plaque ovaire, qui fait une petite saillie au-dessus des téguments, elle paraît légèrement déprimée à son centre. Quand on la saisit entre les doigts elle a la consistance d'une plaque épaisse, indurée. Sa coloration est d'un brun rougeâtre, ne disparaissant pas entièrement sous la pression du doigt, ce sont surtout quatre ou cinq points rouge vif qui persistent; quand on se place à une certaine distance du malade, on croirait à une ecchymose récente avec infiltration sanguine assez intense. Le malade n'accuse aucune douleur spontanée ou à la pression, il n'y a pas de desquamation, la peau est lisse et tendue.

La seconde plaque qui a été constatée, siège sur le front à un centimètre au-dessus de la partie interne du sourcil droit; elle paraît être constituée par deux saillies juxtaposées quand les téguments du front se plissent dans le sens transversal. Quand le muscle frontal ne se contracte pas c'est une large plaque infiltrée, saillante et dure ayant comme dimensions deux centimètres et demi dans son plus grand diamètre qui est transversal ou plutôt oblique de la partie interne du sourcil à la partie médiane du front; dans le sens vertical elle a une étendue de un centimètre et demi. Elle fait une saillie de deux à trois millimètres, sa consistance est dure, résistante; sa coloration est, comme celle de la tumeur de la joue, d'un brun rougeâtre, ne disparaissant pas complètement sous la pression du doigt; à sa surface la peau ne paraît pas modifiée, sauf au point de vue de la coloration.

Au-dessus de cette tumeur existe sur la partie médiane du front, à deux centimètres et demi de la lisière du cuir chevelu, une autre plaque au moins aussi étendue que celles qui viennent d'être décrites, mais en

différant entièrement par la consistance et la coloration. Elle est saillante au-dessus des parties voisines, mais c'est une saillie molasse, sans que pour cela le doigt laisse une empreinte sur elle. Sa saillie est plus marquée dans son tiers inférieur que sur ses deux tiers supérieurs, on a l'impression d'une surface de peau épaisse qui ne serait plus adhérente aux parties sous-jacentes. Sa coloration au lieu d'être rougeâtre est blanc bleuâtre, mauve, dans son tiers inférieur et paraît plus pâle, presque blanchâtre dans ses deux tiers supérieurs. Ses dimensions sont de deux centimètres verticalement et de un centimètre et demi transversalement. D'après le malade, cette tumeur aurait eu à son apparition les mêmes caractères de dureté, de saillie et de couleur rouge sombre que celles de la joue et du front qui ont été mentionnées; et ce n'est qu'insensiblement qu'elle a pris la consistance et la décoloration que l'on constate aujourd'hui.

Immédiatement au-dessus de cette plaque du front, on en voit une plus petite, en contact avec elle, nettement arrondie et ayant à peu près les dimensions d'une pièce de 20 centimes, paraissant légèrement déprimée et d'une couleur blanc bleuâtre, mais plus pâle encore que la plaque immédiatement au-dessous.

Sur la moitié droite du front, à la lisière du cuir chevelu et au niveau de la région temporale du côté droit existent une dizaine de plaques, circulaires, petites, variant de la grosseur d'un pois à une pièce de 20 centimes, à peine saillantes, quelques-unes rouges (les dernières parues), mais le plus grand nombre paraissant légèrement déprimées, comme si la peau s'était atrophiée à leur niveau, celles-ci ont une coloration mauve ou blanc bleuâtre, presque décolorée, mais tranchant nettement cependant sur la peau saine autant par leurs formes arrondies que par leur couleur.

Sur la joue droite, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur et dans la région préauriculaire, 4 ou 5 plaques semblables à celles du front au niveau desquelles, suivant leur couleur rouge ou blanc bleuâtre, la peau est indurée ou pour ainsi dire atrophiée.

Sur la partie gauche du front, sur la joue de ce côté, on voit une dizaine de plaques présentant les mêmes caractères et toutes de petites dimensions, sauf une qui siège au-dessous de l'os malaire qui est ovalaire à grand diamètre vertical; elle a les dimensions d'une pièce de un franc, elle est brun rougeâtre, disparaissant par la pression, sauf au centre où persiste un point rouge vif; elle est indurée et fait une petite saillie sur la peau.

A l'angle du maxillaire inférieur du côté gauche ainsi qu'à la région préauriculaire et sur le nez au niveau de la partie moyenne de la face dorsale du côté droit, existent les plaques les plus récentes, apparues depuis deux ou trois mois, elles sont rouges, la partie centrale étant toujours d'un rouge plus ardent, elles ont de petites dimensions, la grosseur d'un pois environ, peu saillantes, présentant un infiltrat circonscrit.

Sur la lèvre inférieure, près du bord cutanéo-muqueux, petite tumeur grosse comme un pois, indurée, recouverte d'une croûte noirâtre. En dehors de la face, on trouve des tumeurs sur le cuir chevelu, mais qui n'ont pas produit d'alopecie, elles sont petites, arrondies, d'une coloration blanc bleuâtre, elles sont en grand nombre, une trentaine, elles ne font pas de saillie, c'est leur coloration et leur forme nettement circulaire qui les font découvrir.

Au niveau du lobule de l'oreille droite à sa face externe, existe une tumeur circonscrite, grosse comme une petite noisette, dure, d'une coloration rouge violacé comme une engelure; à sa surface on voit un petit vaisseau sanguin présentant des ramifications très fines parcourant la tumeur de dedans en dehors; on le constate à travers la peau, mais il paraît encore plus nettement lorsque par la compression du lobule la coloration rouge sombre s'efface en partie.

Sur les membres supérieurs et inférieurs les tumeurs sont en petit nombre. Sur les bras au niveau des régions deltoidiennes, à gauche au-dessus et en dehors des cicatrices de la vaccination, à droite au-dessous de ces cicatrices, on voit une seule plaque de chaque côté, circulaire, de la dimension d'un pois, d'une coloration blanc bleuâtre pâle, mais nettement différente de la couleur blanche laissée par les pustules vaccinales. La peau au niveau de ces petites plaques est atrophiée, il semble que l'épiderme seul existe et que le derme ait disparu; elle fait une légère saillie, elle est lisse, amincie, boursouflée, on la déprime facilement.

On retrouve sur les jambes, au niveau de la partie antérieure et moyenne des tibias, quatre à cinq plaques semblables, mais la peau à leur niveau au lieu d'être saillante, est déprimée, elle n'a pourtant pas l'apparence d'une cicatrice, elle est comme atrophiée. Sur la cuisse droite, à la partie moyenne de la face antérieure, on voit une plaque indurée, rouge brunâtre, apparue depuis quelques mois seulement.

Sur les autres parties des téguments on ne trouve aucune autre lésion.

Toutes ces productions morbides ont apparu insensiblement depuis le mois d'octobre 1893, d'abord une ou deux à la face (joue gauche et front), qui sont restées isolées pendant plusieurs mois, sans que le malade puisse préciser exactement. C'est en 1897, pendant l'été, au moment où le malade se fatiguait beaucoup, travaillait toute la nuit, dormait à peine quatre à cinq heures dans la journée, était mal nourri, que l'éruption a été surtout rapide et c'est de cette époque que datent les plaques du front, du cuir chevelu, de l'oreille.

Toutes ces plaques sont disposées irrégulièrement, sont indolores, il n'y a jamais eu de phénomènes subjectifs; il n'y a pas de troubles d'anesthésie, pas de desquamation ou d'ulcération à leur niveau; une seule sur la lèvre inférieure est recouverte d'une croûte, mais c'est le malade qui avec les dents a produit l'ulcération qui d'ailleurs ne s'est pas étendue. L'état général est excellent; tous les organes fonctionnent régulièrement; X... ne se plaint pas de son affection cutanée, il ne vient consulter que parce que les tumeurs de la face l'empêchent de se placer comme boulanger; on croit qu'il a une maladie contagieuse.

En présence des caractères objectifs que nous venons d'énumérer et en l'absence de tout antécédent morbide antérieur, le diagnostic était des plus difficiles. Nous avons pu éliminer une affection médicamenteuse; la maladie a débuté, alors que X... était encore au service militaire, il y a plus de quatre ans, il ne prenait aucun médicament, et depuis cette époque, un seul traitement à l'arséniate de soude a été suivi il y a deux ans; mais jamais le malade n'a pris ni iodure ni bromure. La syphilis comme la tuberculose peut produire des gommes

dermiques et hypodermiques mais leur évolution diffère totalement de celle que présentent les infiltrats du malade, aboutissant à une sorte d'atrophie de la peau. D'ailleurs, au point de vue de la syphilis pas plus que de la tuberculose, on ne trouve rien dans les antécédents personnels ou héréditaires.

La lèpre tuberculeuse peut donner à la face des nodosités rappelant celles du malade, mais celui-ci n'a jamais habité, lui pas plus que ses parents, une contrée où la lèpre est endémique, il est resté toujours à Briançon ou à Marseille.

La sarcomatose cutanée présente dans son évolution l'atrophie des tumeurs et une certaine ressemblance avec celle que nous avons signalée dans cette observation. Sa marche est souvent très longue, sans altération de l'état général; un cas que nous avons publié avec M. Lerédde en est un exemple manifeste (1), mais les caractères cliniques présentés par ce malade n'étaient pas assez caractéristiques pour pouvoir permettre de porter le diagnostic de sarcome cutané.

En présence de ces incertitudes et de ces impossibilités, un examen biopsique des productions morbides s'imposait absolument. Le malade accepta notre proposition. Deux tumeurs furent enlevées, l'une sur le bras droit, où siégeait une des plus anciennes, qui était atrophie; une autre, celle du front, de date récente et la plus volumineuse. L'excision pratiquée, une réunion immédiate des plaies fut facilement obtenue. Quant aux autres tumeurs, les plus saillantes sur la face et celle du lobule de l'oreille furent cautérisées profondément pendant la chloroformisation avec le thermocautère. Ces opérations pratiquées le 23 mars 1898 n'eurent aucune suite fâcheuse, les plaies se réunirent par première intention et les surfaces cautérisées étaient en voie de cicatrisation à peu près complète quinze jours après. Il reste aujourd'hui des cicatrices déprimées peu apparentes qui n'empêchent plus le malade d'être accepté comme ouvrier boulanger.

Étude histologique, par le Dr PILLIET.

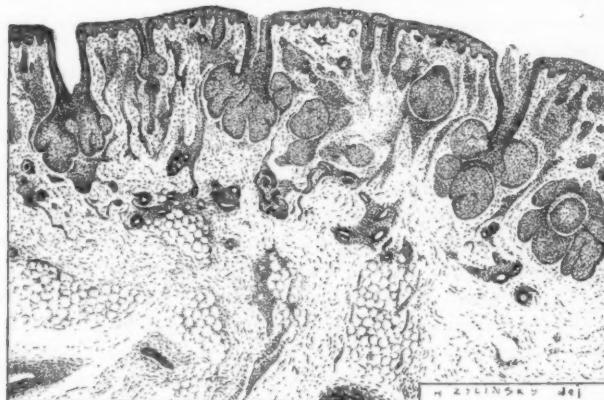
1^o *Tumeur du front*: un peu rouge à la surface. Coloration par l'hématoxyline éosinée.

En allant de la profondeur à la surface cutanée on rencontre d'abord un plan de muscles striés dont les fibres sont de petit volume; au-dessous et entre ces muscles se trouvent quelques vaisseaux sanguins entourés de gaines de cellules inflammatoires. Au-dessus du muscle se trouve le chorion et les pelotons profonds des glandes sudoripares, qui sont tous entourés d'une coque plus ou moins épaisse de cellules migratrices inflammatoires, ainsi que les petits amas adipeux qui circonscrivent généralement les glandes. Les artéries de cette région sont très épaissies et extrêmement scléreuses; on en rencontre qui sont presque complètement oblitérées.

(1) Sarcome généralisé idiopathique à cellules géantes. *Annales de derm.*, 1895, p. 1038.

réées, comme dans la lèpre ; mais il n'existe en dehors de ces artéries ni nodules spécifiques, ni cellules polynucléées. Il s'agit donc d'un processus inflammatoire chronique non lépreux. L'accumulation de cellules embryonnaires autour des culs-de-sac sudoripares dont les cellules petites et cubiques sont atrophiées au milieu du nouveau tissu, se poursuit, considérable, jusqu'à la surface épidermique, en suivant les canaux des glandes sudoripares.

Elle gagne par contact les canaux des glandes sébacées dont les culs-de-sac sont remplis de cellules non atrophiées, mais proliférées au con-



Coupe de la peau du front. — Accumulations de cellules embryonnaires faisant des trainées irrégulières autour des culs-de-sac des glandes sudoripares et sébacées et de leurs conduits. Infiltration diffuse dans le derme. (Préparation de PILLIET.)

traire et dont un certain nombre sont envahies et coiffées par l'inflammation périphérique.

Dans le chorion et dans le derme les trainées embryonnaires ne se limitent pas aux canaux excréteurs, elles envahissent aussi les lymphatiques et dessinent ainsi un réseau inflammatoire à larges travées anastomosées, circonscrivant des flots de tissu fibreux. Le plan papillaire du derme est à peine marqué, l'épiderme est très mince.

2^e *Tumeur du bras.* — Les lésions sur cette pièce sont infiniment moins marquées, et surtout moins aiguës. Les glandes sudoripares sont tout à fait réduites, elles ne sont plus que de petits pelotons de tubes atrophiés remplis de cellules cubiques indifférentes, avec quelques trainées de tissu inflammatoire autour d'eux. Les glandes sébacées sont également petites et atrophiées, le chorion est peu accusé, l'épiderme mince. Le derme et la partie sous-dermique sont fusionnés et transformés en tissu fibreux, reliquat de l'inflammation ancienne.

En résumé, il s'agit d'un processus inflammatoire localisé, curable, dont l'origine reste inconnue.

LA CEYSSATITE

Par M. Veyrières.

Les Allemands ont déjà conseillé l'emploi des terres fossiles pour remplacer les poudres végétales ou minérales, soit dans les soins de la peau, soit pour épaisseur pommandes, pâtes ou colles.

A un moment où je ne connaissais pas encore, je l'avoue, ces travaux, j'avais songé moi-même à proposer comme poudre absorbante une terre fossile dont on trouve plusieurs gisements aux environs du Puy-de-Dôme.

Celle dont j'ai l'honneur de vous présenter un échantillon vient du village de Ceyssat et c'est à cause de cette provenance qu'on a cru pouvoir lui imposer le nom de ceyssatite.

Cette terre est constituée presque exclusivement par des diatomées, algues microscopiques composées de frustules, articles ou cellules, à paroi siliceuse, striée ou grenue. Ces algues, qui se rencontrent encore actuellement dans certains cours d'eau de la région, ont été bien étudiées par le frère Héribaud, du pensionnat de Clermont-Ferrand. Il en décrit plusieurs variétés, dont les plus communes seraient dans la ceyssatite : les gomphonémées, les fragillaires et les navicules. Toutes ces variétés sont constituées de l'intérieur à l'extérieur par : 1^o une membrane protoplasmique avec noyau; 2^o une cellule membraneuse renfermant une substance analogue à la chlorophylle et qui contient le sesquioxyde de fer dont nous aurons à nous occuper plus loin; 3^o la carapace siliceuse qui constitue notre terre fossile; 4^o la partie externe, membraneuse, sécrétion de l'organisme, sorte d'enduit muqueux qui permet à ces cryptogames d'adhérer les uns aux autres de manière à former des filaments simples ou rameux, isolés ou groupés, ou de se fixer aux plantes aquatiques.

La ceyssatite est une terre blanche, très légère, absorbant une grande quantité d'eau, onctueuse au toucher, adhérant bien à la peau, si facile à pulvériser qu'il suffit pour cela de la frotter sur un tamis de soie. Sur le tamis restent les impuretés constituées exclusivement par les radicelles des plantes qui poussent dans la couche supérieure du terrain.

Sortant de la carrière, la ceyssatite renferme, nous venons de le dire, une grande quantité d'eau; il est nécessaire de la dessécher. Mais cette dessiccation est facile à obtenir, puisque notre produit peut être porté, sans qu'aucune de ses qualités physiques soit altérée, jusqu'à près de 300°. Là est même la grande supériorité de la ceyssatite sur beaucoup de poudres absorbantes, puisqu'on peut la stériliser par les hautes températures employées sans aucune précaution.

Au-dessus de 300° l'aspect du produit se modifie; il devient peu à peu noir, puis rougeâtre, perd son onctuosité, devient grenu et dur

au toucher, mais conserve sa légèreté. A 1,600° la coloration rougeâtre tourne au bistre, mais sans qu'il y ait fusion, comme certains auteurs l'ont annoncé. Déséchée, la ceyssatite吸 $80\text{ p. }100$ de son poids d'eau et prend alors l'aspect d'une pâte glaireuse, très douce au toucher; calcinée, elle ne jouit plus des mêmes propriétés.

La coloration rougeâtre que prend la ceyssatite chauffée aux environs de 800° est due à la formation de sesquioxide de fer; et si vers 1,600° cette coloration diminue, c'est probablement qu'il s'est formé un silicate ou un aluminate de fer; peut-être les deux à la fois.

Il est possible que la ceyssatite renferme une certaine quantité de matière organique; mais il a été impossible d'y déceler la présence de gomme ou d'albumine. Elle est presque exclusivement composée de silice pure, légèrement hydratée, et pouvant s'emparer de l'humidité ambiante pour donner un produit gélatinéux. Si portée aux très hautes températures elle perd cette propriété, c'est que privée alors de toutes ses molécules d'eau elle ne peut plus s'hydrater. Au lieu d'un hydrate ayant la formule $\text{SiO}_3\text{O}_2\text{H}$ on a un anhydride ayant la formule SiO_2 .

J'ai l'honneur de vous présenter un échantillon de ceyssatite brute, un de ceyssatite tamisée, un de ceyssatite calcinée, plus quelques préparations dont voici les formules:

1° Ceyssatite	90
Oxyde de zinc.....	10
2° Ceyssatite.....	75
Amidon	25
3° Ceyssatite	50
Sous-carbonate de fer	50
Mélange stérilisé à 150°.	
4° Ceyssatite	95
Permanganate de potasse.....	2

Ici il est indispensable que la ceyssatite ait été portée vers 300° pour détruire les traces de matière organique qu'elle pourrait contenir.

La dernière préparation :

Silice gélatinéuse.....	1
Glycérolé d'amidon.....	1

est peut-être la plus intéressante; malheureusement la préparation de la silice gélatinéuse est assez difficile. Voici comment elle a été obtenue.

On met dans une capsule, de la ceyssatite calcinée et une solution concentrée de carbonate de soude additionnée d'un peu de soude caustique, et on chauffe même un peu plus longtemps qu'il est nécessaire pour une complète dessiccation. La silice est alors transformée en silicate de soude. On dissout à l'eau bouillante, on filtre, et on pré-

cipite la silice à l'état gélatineux par l'addition d'un peu d'acide chlorhydrique. On lave le précipité et on a enfin la silice neutre gélatineuse, moins agréable à la peau que la ceyssatite, mais supérieure je crois pour épaisser les pâtes.

Quoique plusieurs services m'aient été fort gracieusement et très libéralement ouverts, quoique j'aie trouvé en M. Brisson, interne en pharmacie, l'aide la plus précieuse, je vous porte, je le sais, une étude des plus incomplètes. Ce que je souhaite c'est qu'elle suffise pour engager de plus autorisés que moi à faire quelques essais.

Je ne crois pas que la ceyssatite doive détrôner toutes les poudres que nous avons l'habitude d'employer, mais il me semble que sa grande faculté d'absorption pour les liquides lui vaudra quelques applications spéciales.

Employée pour fixer des pommades, pure ou mélangée à de l'amidon ou à de l'oxyde de zinc, elle m'a semblé au moins l'égale de ces diverses poudres.

Employée dans le cas d'eczéma suintant, d'eczéma, des plis, elle a sur l'amidon l'avantage de ne pas risquer de fermenter.

Dans le pansement des plaques muqueuses du vagin ou de l'anus j'avais espéré un résultat brillant que je n'ai pas eu ; mais là encore la ceyssatite a paru réussir au moins aussi bien que l'oxyde de zinc.

Un seul vrai succès : chez un malade porteur de clous de Biskra et en traitement déjà depuis plusieurs semaines, l'amélioration a été immédiate, et la guérison complète très rapide du moment où on a employé le mélange de ceyssatite et de sous-carbonate de fer, alors que jusque-là aucun pansement n'avait réussi, pas même le pansement à la poudre de sous-carbonate de fer. C'est là une preuve de plus de l'action favorable des pansements absorbants sur les surfaces septiques.

Je pense que la ceyssatite, pure ou en mélange, sera la poudre de choix à employer dans les cas d'hyperhidrose ; et je destinais le mélange de ceyssatite et de permanganate de potasse au premier cas de bromidrose que je trouverais. Je n'ai pas eu l'occasion de faire l'expérience.

M. Hausser annonçait il y a quelque temps à l'Académie des sciences que les terres, surtout les terres d'infusoires, cuites un peu au-dessous de leur point de fusion, pouvaient former d'excellentes parois filtrantes et stérilisantes. Il suffisait de délayer ces poudres dans le liquide à stériliser et de verser sur un filtre quelconque pour obtenir un liquide privé de germes. J'ai voulu reproduire cette expérience avec la ceyssatite ; mais, comme j'ai employé la poudre seulement desséchée, elle a de nouveau absorbé une grande quantité d'eau, s'est prise en masse gélatineuse, et rien n'a filtré, c'est une expérience à reprendre avec la ceyssatite calcinée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 MAI 1898

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatose suppurative d'origine probablement séborrhéique, par MM. HALLOPEAU et MICHAUT. (Discussion : MM. BROcq, DU CASTEL, VÉRITÉ, HALLOPEAU, BESNIER.) — Lèpre anesthésique probablement autochtone, par M. GÉMY. (Discussion : M. EHRLERS.) — Ulcère lépreux de la jambe, par M. DANLOS. (Discussion : MM. BESNIER, BROcq, JACQUET.) — Xeroderma pigmentosum de Kaposi, par M. COUILLARD. — Acné kéroïdienne de la nuque, par M. DANLOS. (Discussion : M. BESNIER.) — Érythème bulleux toxique, par MM. BAUDOUIN et EMERY. (Discussion : M. BESNIER.) — Sur un cas d'ichtyose vraie localisée et symétrique, par MM. HALLOPEAU et GUILBAUD. — Un cas de syphilis héréditaire tardive, par M. MILIAN. (Discussion : M. BARTHÉLEMY.) — Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant; nature tuberculeuse de l'affection, par M. HAUSHALTER. — Syphilide achromique du cou, par MM. FOURNIER et HAURY. (Discussion : M. DARIER.) — Eczéma généralisé consécutif à la résection des varices du membre inférieur gauche, par M. RENAULT. — Dermite professionnelle et syphilide psoriasiforme, par M. RENAULT. — Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive, par M. GÉMY. — Note sur l'histologie des scarifications et leur réparation, par MM. AUDRY et THÉVENIN. — La ceyssatite, par M. VEYRIÈRES. (Discussion : MM. DARIER, FRÉDET, VEYRIÈRES, VÉRITÉ.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatose suppurative d'origine probablement séborrhéique.

Par MM. HALLOPEAU et MICHAUT.

La maladie que nous avons fait connaître sous cette étiquette, dans la dernière séance, a continué à évoluer en présentant des particularités dignes d'être signalées; son histoire peut être résumée ainsi qu'il suit :

Le 19 avril, nous constatons que la grande majorité des boutons signalés sur les membres et le tronc, sinon tous, sont le siège, dans leur partie centrale, d'une pustulette à diverses phases de son évolution.

Dans beaucoup d'entre eux, on voit nettement la gouttelette de pus : *ses dimensions ne dépassent pas celles d'une tête d'épingle; sa saillie est nulle; elle est recouverte par une couche relativement épaisse d'épiderme; si l'on vient à gratter légèrement avec l'ongle la surface du bouton, il se désquame exclusivement dans*

sa partie médiane, exactement dans la partie qui correspond à la pustulette ; un petit nombre des boutons sont légèrement déprimés dans cette même partie ; dans certains, l'essudat ne se révèle que par une teinte plus claire, comme ambrée, de la partie centrale de l'élément, formant ainsi une tache identique par sa configuration à celles des pustulettes ; le grattage y amène la formation de la même squame miliaire correspondant exclusivement à cette tache centrale. Les boutons sont d'une consistance remarquablement ferme ; leur relief atteint 2 millimètres et au delà ; leur coloration est d'un rouge vif, leur forme ronde, leur sommet arrondi ou aplati, non acuminé ; le plus souvent isolés, ils sont parfois agminés en groupes curvilignes ; ils sont très abondants ; à côté d'eux, on voit un grand nombre d'éléments plus petits, du volume de têtes d'épingles : ils représentent des pustulettes qui n'ont pas provoqué à leur pourtour le travail d'essudation génératrice des boutons plus volumineux ; ils desquament de même par le grattage.

Au-dessus du pubis, on peut s'assurer que chacun des boutons présente un poil dans sa partie centrale.

Aux membres supérieurs, les boutons sont surtout abondants au pourtour des coudes ; les pustulettes y sont confluentes ; elles forment, dans leur ensemble, un large placard rappelant par sa distribution celle du psoriasis ; elles y sont apparentes dans son aire et à sa périphérie.

Dans les paumes des mains, les pustulettes sont nombreuses ; peut-être y a-t-il en outre quelques petites vésicules de mêmes dimensions, mais le fait ne peut être établi en toute certitude ; les pustulettes sont très abondantes sur la face palmaire des doigts.

Le visage ne présente plus l'aspect singulier qui a été signalé antérieurement : il est recouvert, dans sa totalité, de squames tapissant une surface d'un rouge vif.

Le 22, la desquamation de la face offre une disposition exactement inverse de celle qui frappait au début ; alors, en effet, que sa partie médiane, à l'exception du lobule nasal, s'est presque entièrement dépolillée de ses squames, celles-ci sont épaisses et abondantes sur les parties latérales. De nouvelles pustulettes se sont développées sur les membres ; la lésion élémentaire est toujours une pustulette miliaire sans relief ; lorsqu'elle se dessèche, sa partie centrale devient spontanément le siège d'une squame miliaire semblable à celle dont le grattage amène la formation ; on peut le constater sur le moulage qu'en a fait M. Baretta ; lors que l'on enlève les grandes squames qui se sont développées au niveau des plaques confluentes des coudes, on trouve au-dessous une surface rouge infiltrée, par places, de pus.

Les lésions se sont prononcées au niveau des extrémités digitales, la rougeur y est généralisée et il s'en détache de nombreuses pustulettes ; aux dernières phalanges des pouces, l'épiderme s'est détaché et a laissé une surface d'un rouge vif qu'entoure un soulèvement épidermique dont le rayon atteint 8 millimètres.

Les squames continuent à être plus épaisses et à former, par places, de véritables croûtes dans les plis inguinaux.

De nouveaux éléments suppurés ont paru au pourtour des genoux ; il s'est également développé aux jambes des boutons avec pustulette et squame centrale.

Le 23, à côté des boutons décrits, qui présentent leur pustulette centrale sous forme d'une tache jaunâtre, et de ceux dans lesquels cet élément n'est plus représenté que par une dépression punctiforme, il en est d'autres où l'on voit une petite nappe purulente, à contours irréguliers, atteignant les dimensions d'une lentille ; ils paraissent dus à la confluence de pustulettes miliaires.

Le 26, une partie des éléments continuent à desquamer spontanément dans leur partie centrale ; l'érythème s'étend ; il est actuellement presque généralisé aux membres supérieurs : il s'en détache des squames, minces, larges, foliacées ; on distingue encore des exsudats purulents miliaires.

Aux mains, les boutons sont beaucoup moins saillants que sur le tronc et les membres ; l'érythème y est presque généralisé ; l'épiderme se détache en larges lambeaux sur la face palmaire de la plupart des phalanges.

L'éruption continue à devenir plus abondante au niveau des membres inférieurs ; elle y est constituée par les mêmes boutons qui ont été décrits sur le tronc ; la plupart d'entre eux présentent la pustulette centrale et, dans ceux où elle n'est pas apparente, on peut provoquer, par un léger grattage, la formation de la squame centrale miliaire. Dans le dos, l'éruption est devenue confluente, sauf sur les parties latérales des flancs : elle représente une grande nappe rouge formant une légère saillie au-dessus des parties voisines ; elle desquame en larges lambeaux ; on voit, sur son pourtour, les boutons avec pustulette. Le cuir chevelu présente un aspect semblable : on distingue au vertex, à l'occiput, et sur les parties latérales du crâne, des soulèvements comparables aux boutons du tronc, mais plus larges et à contours irréguliers ; les oreilles, dépouillées de leur épiderme et légèrement suintantes, présentent le même aspect que dans l'eczéma séborrhéique.

Il n'y a pour ainsi dire pas de prurit, sauf dans le dos ; les ganglions ne sont pas tuméfiés : on constate, à la pointe du cœur, un souffle systolique ; la malade s'alimente fort peu, elle n'ingère guère qu'un litre de lait par jour ; la fièvre est nulle ; les organes de la respiration sont indemnes.

Le 27, l'érythème et la desquamation en larges lambeaux s'étendent, particulièrement sur la partie antéro-supérieure du thorax et au niveau des membres supérieurs ; on retrouve cependant les papulo-pustulettes au pourtour des coudes.

Sur le tronc, les boutons deviennent un peu moins saillants et desquamant, tantôt seulement dans leur partie centrale, correspondant à la pustulette, soit dans toute l'étendue de leur surface : *si l'on vient à détacher une de ces squames, on reconnaît que la surface rouge sous-jacente est creusée, dans sa partie médiane, d'une dépression semblable à celle que l'on observe souvent dans le lichen plan et, en examinant la face profonde de la squame détachée, on y voit un prolongement d'apparence comédonienne qui, en toute évidence, s'enfonçait dans cette dépression* ; c'est là une particularité commune à tous les boutons.

Les pustulettes miliaires continuent à être plus abondantes au niveau des faces palmaires des mains, surtout aux doigts.

Le 29, le visage est presqu'entièrement débarrassé de ses squames : il est d'une rougeur moins vive et parsemé seulement de légers fufurs ; les papulo-pustulettes du tronc sont moins saillantes ; elles ont pris pour la plupart l'aspect lenticulaire.

Le 3 mai, les boutons du ventre continuent à s'affaisser, ils ne présentent plus la consistance ferme du début ; on distingue cependant encore, dans beaucoup d'entre eux, la squame miliaire centrale : l'érythème interstitiel s'est étendu. L'affaissement des boutons est moins prononcé au niveau des jambes, et ils y demeurent plus consistants ; dans ces boutons non en voie de régression, la squame ne présente pas son prolongement d'apparence comédonienne.

Le 4, les boutons abdominaux s'affaissent de plus en plus ; ils ne sont plus représentés que par des macules rondes recouvertes de squames relativement épaisses ; au niveau des membres supérieurs, on constate une large desquamation scarlatiniforme des paumes des mains : les deux dernières phalanges des index et les dernières seulement des autres doigts ont perdu leur feuilletté épidermique desquamé ; des masses incomplètement kératinisées s'accumulent sous les ongles qui se décollent partiellement de bas en haut ; les gros orteils desquament également sur leur face inférieure.

Le 7, l'érythrodermie qui, pendant longtemps, ne s'était étendue en nappes confluentes qu'au niveau de la tête, au-devant de la partie supérieure du thorax, dans le dos, et aux coudes, s'est, depuis peu de jours, étendue à presque toute la surface du corps ; elle s'accompagne partout de desquamation en lambeaux épais plus ou moins larges ; les saillies boutonneuses se sont partout effacées.

Si l'on gratte légèrement les parties simplement érythémateuses, on y détermine la formation de squames semblables à celles que l'on développait naguère par la même pratique au centre des boutons : elles sont nettement arrondies et du volume d'une tête d'épingle ; leur pourtour est plus coloré que les parties voisines ; la rougeur érythémateuse n'est donc pas disposée en une nappe uniforme, mais formée par la confluence d'innombrables papules miliaires, actuellement rudimentaires, lesquelles correspondent surtout aux orifices pilo-sébacés ; les ganglions inguinaux et rétro-maxillaires sont actuellement légèrement tuméfiés.

Le 10, l'érythème s'est étendu à presque toute la surface du corps ; partout, il se fait une desquamation en larges lambeaux permettant un rapprochement avec le syndrome dit *herpétide exfoliatrice*, mais avec cette particularité que l'épiderme, dépouillé de son feuilletté superficiel par cette desquamation, n'a plus qu'une très légère tendance à s'exfolier et que l'on n'y trouve plus que de légers surfsurs ; il en est ainsi, par exemple, de la manière la plus évidente, au visage et au niveau de l'abdomen : la plus grande partie des squames représentant le feuilletté superficiel de l'épiderme ont disparu ; c'est seulement à la partie inférieure de cette dernière région que l'exfoliation continue, sous forme de larges lambeaux ; de même, sur les membres supérieurs, il persiste seulement de la rougeur avec fines squames peu abondantes et une légère accentuation des plis de la peau ; cependant l'évolution active de la maladie n'est pas complètement terminée, car l'on voit, dans les paumes des mains, de nombreuses pustulettes miliaires non saillantes et parfois réunies en nappes dont l'une mesure plusieurs centimètres de diamètre ; le liquide que l'on en extrait par piqûre est nettement purulent ; dans la même région, l'épiderme se détache en larges squames ; l'épiderme des doigts s'est complètement renouvelé ; on

remarque sur leur face palmaire quelques légères saillies d'un rouge beaucoup plus vif ; la desquamation est moins avancée sur les jambes et les pieds ; on y voit encore de larges lambeaux.

Le 11, une partie des pustules de la main se sont desséchées. La rougeur a pâli au visage et sur le tronc ; le dos, la région dorsale, la partie supérieure des cuisses sont presqu'entièrement desquamées ; on n'y voit plus qu'une rougeur pâle avec de légers furfurs ; il n'y a plus de larges squames épaisses qu'aux mains, aux jambes et aux pieds ; il y a encore de larges squames sur la partie antéro-supérieure du thorax, mais elles sont très minces et paraissent correspondre aux légers furfurs des autres régions.

Les pieds et les mains sont, depuis hier, le siège d'une notable tuméfaction cédémateuse.

La malade accuse une sensation de prurit assez intense au niveau du dos.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine ; elles sont remarquablement pauvres en urée, car ce corps ne s'y trouve que dans la proportion de 13 gr. par litre, et la quantité de liquide excrété chaque jour ne dépasse guère 900 gr. Ce fait s'explique par le peu d'aliments qu'ingère la malade ; elle ne prend guère qu'un litre de lait chaque jour.

En raison du grand âge de la malade, nous n'avons pas cru devoir pratiquer de biopsie ; nous avons seulement demandé à M. Laffitte de vouloir bien examiner, au point de vue histologique et bactériologique, le liquide des pustules : il y a trouvé des leucocytes polynucléaires abondants, intacts ou en voie de désintégration éosinophile ; il y a constaté *l'absence complète de microbes après traitement par les procédés usuels de coloration* ; porté dans du bouillon et dans des tubes de gélose, ce pus est resté stérile après un séjour prolongé dans l'étuve à 36°.

D'autre part, notre interne en pharmacie M. Legrand, a pratiqué l'examen des squames du cuir chevelu au point de vue de leur richesse en matières grasses et il a reconnu qu'elle s'élevait à 42 p. 100 ; celles des membres en contiennent 8 p. 100.

M. Laffitte a également étudié au point de vue histologique les squames avec prolongement comédonien qui s'enfonçait dans les orifices pilosébacés : il les a trouvées constituées à leur périphérie par des cellules épidermiques et au centre par un détritus granuleux dans lequel aucun élément figuré n'était plus appréciable, mais qui représentait, en toute vérité, d'après les phénomènes cliniques indiqués précédemment, l'exsudat purulente desséché.

Si nous avons rapporté dans ses détails cette longue histoire, c'est qu'elle a trait, ainsi que nous l'avons dit dans notre précédente communication, à un type clinique à notre connaissance non encore décrit.

Il s'agit d'une maladie aiguë, à évolution cyclique.

Elle a débuté par la tête pour s'étendre graduellement au tronc et aux extrémités en passant successivement par les mêmes phases dans ces diverses régions.

Sa lésion élémentaire paraît avoir été constamment un exsudat

miliaire, accompagné d'érythème et plus tard de desquamation ; ces éléments ont été tout d'abord confluents au visage et à la partie antéro-supérieure du thorax et ils y ont rapidement déterminé une abondante exfoliation, d'abord limitée à la partie moyenne de la face, puis étendue à toute sa surface et enfin persistant pendant quelques jours exclusivement sur ses parties latérales, donnant lieu ainsi, par le contraste variant successivement de parties blanches et de parties rouges aux modifications les plus singulières de cette région.

Sur la limite de cette éruption diffuse, mais surtout sur les membres, la base du thorax et l'abdomen, l'exsudation a donné lieu à la formation de boutons dont beaucoup atteignent les dimensions d'un pois ; ils étaient isolés ou agminés en groupes ; leur consistance était d'une remarquable fermeté, leur couleur d'un rouge vif ; un examen attentif permettait de reconnaître, dans leur partie médiane, la présence d'un exsudat purulent se traduisant par une très petite tache du volume d'une tête d'épingle ; dans beaucoup d'entre eux, cette tache offrait un aspect nettement purulent, mais la gouttelette de pus ne formait aucun relief, elle siégeait profondément sous l'épiderme ; d'autres éléments présentaient seulement dans leur partie médiane une petite tache pâle ou légèrement ambrée ; si l'on venait à gratter légèrement leur surface, il se produisait, dans les uns et les autres, une squame miliaire, exactement arrondie et correspondant en toute évidence à cette extravasation centrale : la présence de celle-ci avait donc amené à distance un trouble dans la nutrition des cellules épidermiques superficielles.

Cette extravasation centrale s'est traduite dans quelques éléments, secondairement et après dessication, par une dépression centrale puctiforme.

Ces pustulettes, en raison de leur siège profond, se sont desséchées ; leur liquide s'est acheminé dans l'épiderme sans en atteindre la surface ; elles ne se sont donc pas ouvertes, mais l'épiderme a proliféré à leur pourtour et a formé ainsi les prolongements comédoniens de la squame qui s'est développée secondairement ; nous avons constaté, dans plusieurs de ces prolongements, la présence d'un poil follet.

A côté de ces boutons pisiformes, d'autres ne dépassaient pas le volume d'un grain de millet ; ils correspondaient à des extravasations non accompagnées de l'exsudat interstitiel périphérique qui donnait lieu à la formation des gros boutons.

Les relations de ces extravasations avec des poils indique qu'elles se sont produites partiellement au pourtour des orifices pilo-sébacés ; mais il est certain que cette localisation n'a pas été exclusive ; nous en avons pour témoin les lésions pustuleuses des surfaces palmaires et plantaires : elles montrent nettement que les orifices sudoripares ont été également le siège des lésions ; enfin les dystrophies unguérales

témoignent que les altérations n'ont pas été limitées aux conduits glandulaires et au pourtour de leurs orifices.

Les boutons se sont graduellement affaissés au point de n'être plus représentés, au bout de quinze à vingt jours, que par des macules squameuses.

De nombreux exsudats n'ont pas abouti à la formation de boutons mais se sont traduits seulement par des érythèmes qui ont envahi en nappes presque toute la surface du corps : dans ces nappes, les exsudats initiaux restaient circonscrits ; ils se révélaient par des taches plus foncées et surtout par la production, sous l'influence de grattages, de squames semblables à celles qui se produisaient par le même mécanisme au centre des boutons suppurrés.

La maladie a suivi une marche descendante, occupant successivement la tête, le thorax et les membres, d'abord dans leur partie supérieure, puis à leurs extrémités ; actuellement encore, il y a des éléments purulents dans les paumes des mains alors que le processus a rétrocédé au visage et sur la plus grande partie du tronc.

Sous l'influence de l'érythème généralisé terminal, il s'est développé, sur toute la surface du corps, une desquamation en larges lambeaux permettant de rapprocher cette dermatose de l'herpétide exfoliatrice ; elle s'est produite graduellement dans les parties successivement intéressées : c'est ainsi qu'au visage, sur la grande partie du tronc et aux membres, la couche superficielle de l'épiderme s'est détachée alors que la desquamation se fait encore en larges lambeaux aux extrémités en même temps qu'il y persiste des exsudats purulents.

Les squames n'ont pas de tendance à se reproduire dans les parties exfoliées ; on n'y voit que de légers et minces fufurs ; il semble donc que nous soyions au déclin de la maladie ; mais nous ne saurons qu'ultérieurement si nous assistons seulement à la fin d'une première poussée ou à la cessation définitive des phénomènes éruptifs.

Cette éruption a été peu prurigineuse ; les adénopathies ne sont survenues que tardivement et elles ont été peu prononcées.

Si nous cherchons à nous expliquer la genèse des phénomènes observés, nous arrivons aux données suivants : sous une influence indéterminée (peut-être un exsudat de matières grasses viciées), il s'est développé, surtout au pourtour des orifices glandulaires, d'innombrables foyers d'exsudation cellulaire, qui ont formé ou non des gouttelettes de pus au centre de boutons indurés et volumineux, siégeant profondément ; ces exsudats se sont desséchés sans s'ouvrir, mais après avoir donné lieu à une altération de l'épiderme, laquelle s'est traduite par une desquamation, d'abord miliaire, limitée au centre de l'élément, correspondant exactement à l'extravasation centrale, tout à fait particulière et caractéristique, puis ultérieurement étendue à toute la surface de cet élément ; le détritus formé par le pus, qui s'est

desséché après s'être acheminé vers la surface, s'est enveloppé d'une couche de cellules épidermiques proliférées sous forme de comédon ; plus tard, l'exfoliation s'est généralisée, et toute la couche superficielle de l'épiderme s'est successivement détachée dans les différentes parties du corps sous forme de larges lambeaux.

Nous sommes donc en droit de dire que cette dermatose a présenté une marche aiguë et une évolution cyclique.

L'absence de microbes pyogènes montre que nous n'avons pas affaire à une pyémie banale : s'agit-il de toxines liées à la présence d'un microbe qui ne se révèle pas par les procédés usuels de coloration ou engendrées par l'organisme ? nous l'ignorons, cependant l'absence complète de phénomènes locaux d'auto-inoculation plaide en faveur de la dernière interprétation. D'autre part, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre première communication sur cette dermatite, on ne peut méconnaître que divers faits peuvent être invoqués en faveur d'une origine séborrhéique : en effet, la malade nous a dit qu'elle avait depuis longtemps des pellicules dans les cheveux ; l'aspect des lésions du cuir chevelu est identique à celui que l'on observe dans les cas d'eczémas séborrhéiques intenses de cette région ; les glandes pilo-sébacées forment un des principaux terrains d'élection de la dermatose ; enfin les squames du cuir chevelu contiennent 42 p. 100, et celles du corps 8 p. 100 de matières grasses ; nous devons dire cependant que M. Laffitte y a cherché en vain le fin bacille d'Unna et Sabouraud.

Nous ne connaissons, dans la littérature médicale, aucun fait semblable ; il est inutile d'insister sur la différence qui sépare ce cas des psoriasis les plus atypiques.

Nous avons, à plusieurs reprises, signalé, chez les séborrhéiques, l'existence de folliculites suppuratives : elles diffèrent essentiellement des suppurations observées chez notre malade : ce sont en effet des boutons acuminés, superficiels, dans lesquels le pus vient se concréter sous la forme de croûtelles ; ces éléments sont localisés à certaines régions, ils se reproduisent indéfiniment, ils ne s'accompagnent pas d'érythrodermie généralisée.

Nous espérons pouvoir indiquer dans la prochaine séance la suite de cette observation.

M. Brocq. — Il est difficile de poser ici actuellement un diagnostic précis. Cette affection aurait pu autrefois être rangée dans le groupe des psoriasis aigus ; mais aujourd'hui on ne peut pas dire qu'il s'agit d'un psoriasis. L'éruption actuelle ressemble aux érythrodermies dues soit à une auto-intoxication, soit à l'application de substances irritantes. Je ne crois pas en tout cas qu'il s'agisse d'une dermatite exfoliatrice généralisée, cela ressemble plutôt à la desquamation des érythèmes scarlatiniformes.

M. DU CASTEL. — Quand j'ai vu cette affection au début, elle était vésiculeuse; les éléments renfermaient un liquide un peu louche qui était à mon avis de la sérosité trouble plutôt que du pus vrai. Cet élément liquide a disparu aujourd'hui, mais je pense que cette éruption doit néanmoins être classée dans les affections humides.

M. VÉRITÉ. — Jadis on eût affirmé que c'était une herpé tide exfoliatrice, mais ce n'est pas la lésion initiale. Il y a ici des altérations unguéales qui se rapprochent de celles de l'eczéma; aussi je pense que c'est une herpé tide exfoliatrice consécutive à un eczéma séborrhéique.

M. HALLOPEAU. — Cette affection n'a certainement rien de commun avec le psoriasis. Je répète qu'elle était constituée au début par des saillies offrant un exsudat purulent à leur centre. J'insiste sur ce fait singulier que les saillies desquamai ent uniquement dans leur partie centrale, comme je l'ai constaté à plusieurs reprises. L'exsudation se produisait dans la partie superficielle du derme et surtout au niveau des orifices pilo-sébacés, puis elle se desséchait sur place en donnant lieu à une prolifération épidermique. La généralisation de la desquamation est due à la confluence de ces éléments. Je pense que l'extravasation intra-dermique est d'origine toxique en raison de l'absence de microbes pyogènes dans son intérieur. Je ferai remarquer, en terminant, à M. du Castel, que le contenu des saillies était bien du pus et non de la sérosité.

M. BROcq. — Les observations que vient de faire M. Hallopeau sur le mode de début de l'affection sont très intéressantes. A ce propos je rappellerai qu'il y a, parmi les dermatoses vulgaires de la face, surtout chez les femmes, des lésions encore mal connues et qu'on rapporte ordinairement à la couperose bien qu'elles soient différentes de l'acné couperosique; or ces lésions sont constituées par des éléments purulents reposant sur une base érythémateuse, et mes élèves ont constaté que ces éléments sont parfois amicrobiens. Il y a donc, même dans les dermatoses vulgaires, des éléments purulents amicrobiens éphémères.

M. DU CASTEL. — Je demande à M. Hallopeau pour quels motifs il affirme que l'extravasation était purulente; car j'avoue ne pas savoir déterminer par l'examen à l'œil nu où finit exactement la vésicule et où commence la pustule, et les procédés histologiques n'ont pas encore fourni pour les cas limitrophes un moyen sûr de faire cette distinction à l'aide du microscope.

M. HALLOPEAU. — C'est une pustule, quand le liquide est opaque et renferme de nombreux globules blancs.

M. BESNIER. — Cette malade est séborrhéique, comme le dénotent l'état du nez et du cuir chevelu, et les lésions unguéales, et son affection me paraît devoir être rangée dans le groupe des dermatoses séborrhéiques.

La remarque que vient de faire M. Du Castel montre bien la difficulté qu'on a parfois à classer les éléments pathologiques des maladies cutanées.

M. Brocq. — Je crois qu'il faut conserver les termes de vésicule, pustule, et vésico-pustule ; ils répondent à des aspects objectifs indiscutables.

M. BESNIER. — Il n'en est pas moins légitime de demander aux histologiques de préciser davantage nos connaissances sur les éléments pathologiques.

Lèpre anesthésique probablement autochtone.

Par M. GÉMY.

Dans un travail que nous avons publié dernièrement, M. le Dr Raynaud et moi, et dont les conclusions ont été communiquées à la Conférence de la lèpre tenue à Berlin en octobre 1897, nous établissons qu'un foyer lépreux d'une certaine importance était en voie de formation à Alger.

Ces conclusions reposaient sur un certain nombre d'observations, recueillies pour la plupart à Alger, dont quelques-unes concernaient des indigènes israélites et musulmans et le plus grand nombre des Espagnols provenant des provinces de Valence et d'Alicante.

Le cas que je vais rapporter, observé depuis cette époque, vient confirmer cette opinion qui pouvait paraître un peu pessimiste.

En juin 1897, M. Ber... venait me consulter pour un placard infiltré, d'un rouge vineux, desquamant légèrement et occupant presque toute la face dorsale de la main droite. L'apparition de cette tache remonte à 5 ou 6 mois. Mais il y a un an, un premier placard de la dimension d'une pièce de cinquante centimes s'était montré sur la cuisse gauche, bientôt suivi de deux autres placards, l'un sur la fesse du même côté, l'autre sur la jambe droite. Au moment de sa visite deux autres taches de la même dimension venaient d'apparaître sur la cuisse droite et la jambe gauche.

Ces placards, ai-je dit, desquamant légèrement, n'étaient le siège d'aucune sensation particulière (on verra tout à l'heure pourquoi), ne le gênaient en rien et il se décidait à consulter parce qu'il lui semblait que toutes ces lésions tendaient à s'accroître.

L'aspect de ces placards, l'infiltration diffuse du derme, leur lente évolution, leurs bords nettement dessinés bien qu'irréguliers, leur desquamation me firent penser, malgré l'absence de cicatrices qui pouvaient n'avoir pas eu le temps de se développer, à un lupus érythémateux à manifestations multiples.

Je l'engageai, après lui avoir prescrit des cachets d'iodoforme et de l'emplâtre de Vigo, à venir me voir le mois suivant pour vérifier l'exactitude du diagnostic.

Je ne le revis plus qu'à la fin novembre 1897, c'est-à-dire six mois après.

Il avait commencé par ne rien faire du traitement que je lui avais pres-

crit et quelques mois après l'unique visite qu'il m'avait faite, il partait pour Berne rejoindre sa femme qui avait passé l'été en Suisse.

Quelque temps après son arrivée dans cette ville et sur les conseils de ses amis, il entra à policlinique du professeur Jadassohn qui voulut bien m'adresser, à la date du 8 novembre, une lettre dont voici quelques extraits :

« Vous avez vu ce malade une fois, mais à ce moment le diagnostic n'était pas possible, tandis que maintenant il a une anesthésie et une tumeur du nerf cubital..... C'est pourquoi j'ai dû faire le diagnostic de lèpre. J'ai fait quelques excisions, mais dans les premières coupes que j'ai examinées je n'ai pas trouvé de bacilles. On trouve des lésions comme M. Hodara les a décrites dans la lèpre nerveuse, surtout beaucoup de cellules géantes.

« Pendant le séjour du malade dans ma clinique, je lui ai donné de l'iodeure de potassium pour voir si on peut découvrir des bacilles dans le sang, mais sans résultat. Je ne les ai pas rencontrés dans les sécrétions du nez (comme M. Sticker), etc. »

J'avoue que je fus très surpris de ce diagnostic auquel j'avais été loin de penser, et qui n'était cependant que trop exact, ainsi qu'on va le voir.

Les placards que j'ai décrits sont complètement anesthésiques ; cette anesthésie est si complète que les cautérisations au galvano, les biopsies pratiquées aussi bien dans l'épaisseur des infiltrats que sur les nerfs adjacents, les piqûres ne font éprouver au malade aucune sensation. Mais la sensibilité reparait, dans toute son intégrité, à leur limite même. Pas d'anesthésie, ailleurs que sur les points où ils se sont développés.

Le cubital droit présente une nodosité assez volumineuse, légèrement sensible à la pression et toute la région innervée par ce nerf a commencé à s'engourdir depuis un ou deux mois. Le malade ne peut plus se servir de sa main droite avec la même énergie qu'il le faisait il y a quelque temps ce qui le gêne dans sa profession de boucher.

Il y a de l'alopecie sourcilière complète à la partie externe, la chevelure est fournie. Pas d'asymétrie de la face, il n'a jamais eu d'épistaxis ni de catarrhe nasal, réflexes rotulien diminués, pas d'atrophie des éminences ni des interosseux. Les deux membres supérieurs ont le même volume.

Sa famille est israélite alsacienne. Il est né à Soultzmatt (Alsace) en 1863, où il est resté chez ses parents jusqu'en 1874, c'est-à-dire jusqu'à l'âge de 11 ans. De là il est resté dix-huit mois au collège de Belfort et un an à Lunéville. Il est alors entré dans une maison d'étoffes à Rambervillers jusqu'en 1881, époque à laquelle il est venu à Alger pour y exercer la profession de boucher.

Sa mère vit encore et a un cancroïde qui a enlevé l'aile du nez mais qui, depuis plus de vingt ans, n'a pas fait de progrès ;

Son père est mort d'une pleurésie ;

Un frère est mort ptistique à Alger ;

Il lui reste un autre frère, qui est marié et a des enfants bien portants ; ce frère habite Alger et est son associé.

Deux sœurs, sont toutes deux mariées : l'une habite les environs de Paris et a 7 enfants, l'autre à la Chaux-de-Fonds n'en a pas.

Lui-même est marié depuis cinq ans. Il a eu trois enfants dont deux sont vivants, bien portants et ont 4 et 3 ans ; le troisième est mort il y a un an de broncho-pneumonie.

Il a habité plusieurs quartiers généralement malsains. Son étal de boucher est placé au centre d'Alger où se trouvent agglomérés tous les marchands de denrées alimentaires. Ce quartier est réputé comme étant le plus infect, le plus malpropre de la capitale algérienne. Or, avant son mariage il a habité pendant un an l'entresol de son magasin, entresol qui réunit les pires conditions hygiéniques. De plus, dans cette même maison, assez vaste il est vrai, se trouvait une lépreuse espagnole qui pendant sept ans a servi de domestique dans un ménage bourgeois qui y demeurait. Cette lépreuse qui fait le sujet de notre observation XVIII (lèpre à Alger) a presque toujours eu des lésions ouvertes sur les bras et sur les jambes jusqu'au moment de son entrée dans mon service en octobre 1897.

Plusieurs biopsies furent pratiquées sur les différents placards, le sang fut examiné un grand nombre de fois ainsi que la sérosité de petits vésicatoires placés et sur les placards et sur les trajets nerveux, de même les sécrétions du nez et malgré toutes ces recherches faites par mes jeunes collaborateurs, MM. les Drs H. Vérité et Murat qui ont une grande habitude de ces opérations, il a été impossible de constater la présence du bacille.

M. le Dr Dor, chef des travaux à la Faculté de Lyon, de passage à Alger, voulut bien exciser et examiner un névrome du volume d'un pois qui s'était développé depuis deux mois à l'extrémité du cubital droit au niveau du poignet, et malgré les plus minutieuses recherches, il ne put rien trouver.

Voici la note que le Dr Murat m'a remise sur le résultat de son examen histologique.

« Les biopsies ont été faites à la périphérie des lésions de façon à comprendre une partie de peau saine et une partie de peau altérée.

« Les pièces ont été fixées au sublimé acétique et au Flemming, puis incluses dans la paraffine.

« 1^o La coupe passe par la partie saine (saine à l'examen clinique) : l'épiderme est normal ; le corps papillaire est légèrement tuméfié. Le derme, immédiatement sous l'épiderme, paraît normal aussi dans la plus grande partie de son étendue. Cependant autour des vaisseaux et des glandes on constate une infiltration embryonnaire qui constitue de véritables manchons. Les parois vasculaires sont notablement hypertrophiées. Le tissu sous-dermique est normal ; les glandes sont également normales. Il n'y a pas de bacille de Hansen.

« 2^o La coupe passe par la partie malade :

« Les cellules du corps muqueux se colorent mal. Les couches superficielles de l'épiderme sont exfoliées, usées par place. En certains endroits les cellules du corps muqueux ou même de la couche basale existent seules. Dans le corps muqueux quelques rares amas embryonnaires. Dans ce même corps muqueux formations cavitaires à diverses phases d'évolution. Simple dilatation intercellulaire remplie de liquide séreux, puis

agrandissement de cet espace, tassement des cellules à la périphérie, la couche la plus interne prenant l'aspect corné. Puis la vésicule s'ouvre au dehors. Le liquide est séreux et ne contient pas de leucocytes. Par invagination de l'épiderme on trouve des formations semblables assez profondément dans le derme.

« Le derme est le siège d'une infiltration embryonnaire très considérable, diffuse, plus dense autour des vaisseaux. Ces derniers sont le siège d'endo et de périartérite ; leur lumière est parfois obstruée.

« L'infiltration s'arrête en haut à une petite distance de la couche basale ; en bas elle ne dépasse pas la couche des glandes mais constitue de véritables manchons autour de ces dernières.

« Cette infiltration est constituée par de petites cellules à noyaux ronds ; quelques plasmazellen ; pas de polynucléaires, non plus que dans les vaisseaux ; pas d'éosinophiles ; pas de cellules géantes.

« Les glandes sont normales, peut-être un peu tuméfiées cependant. Dans l'une d'elles j'ai trouvé des corpuscules colorables par la fuschine qui rappellent ceux signalés par Unna. Malgré des recherches minutieuses et nombreuses je n'ai pas trouvé de bacilles. »

D'un autre côté, le professeur Jadassohn, dans une lettre postérieure de quelques mois à la première, me dit avoir trouvé des bacilles, en petit nombre il est vrai, dans un bouton qu'il avait excisé sur le côté droit du cou de ce malade, bacilles qui se rencontrent dans toutes les préparations qu'il a faites de cette biopsie. Mais il ajoute que quelques auteurs qui ont vu ces préparations prétendent que ces bacilles sont ceux de la tuberculose, due à une infection secondaire.

Or, mon assistant M. le Dr H. Vérité a inoculé à ma demande, le 16 novembre 1897 deux cobayes adultes mâle et femelle avec du tissu pris sur le grand placard de la main droite, sous la peau de l'abdomen et dans l'aine. De leur accouplement sont nés deux petits cobayes le 25 mars 1898 et aujourd'hui, 6 mai, toute cette famille se porte parfaitement bien.

Voilà où en est actuellement la question histologique et bactériologique.

En résumé : au point de vue clinique le diagnostic de lèpre ne saurait être contesté.

Mais quelle serait l'origine de cette lèpre ?

Ce malade a vu ses premières lésions se développer il y a à peu près deux ans, c'est-à-dire en 1896. Il y avait à ce moment 14 ans qu'il habitait Alger. Toutes les localités qu'il a habitées depuis sa naissance sont indemnes de lèpre à ma connaissance du moins. D'un autre côté aucun membre de sa famille n'a présenté de lésions semblables.

A Alger, il a habité, avant son mariage et pendant un an, l'entresol d'une maison dans laquelle se trouvait un lépreux depuis longtemps. Il m'a été impossible de savoir s'il y avait eu des rapports quelconques entre ces malades.

Il me semble que c'est là qu'il faut placer le point de départ de la contagion.

Cette hypothèse me paraît rationnelle et justifie la conclusion de notre travail sur la lèpre en Algérie, à savoir qu'un foyer lépreux est en voie de formation dans la capitale algérienne

M. EHlers. — Le malade que M. le professeur Gémy vient de nous présenter est certainement un lépreux. Les lésions qu'il présente, sont telles qu'on les rencontre dans la lèpre; il a en outre une cicatrice croûteuse dans le sourcil gauche, qui provient d'un léprome. Mais pour poser le diagnostic exact il faut attendre le résultat de l'examen microscopique.

Je profite de la présence de M. Gémy pour vous donner quelques renseignements sur la lèpre en Espagne, sur laquelle les travaux de MM. Gémy et Raynaud ont de nouveau appelé l'attention.

Lors de la Conférence sur la lèpre à Berlin en octobre 1897, nous avions demandé de tous les pays des renseignements sur la géographie de la lèpre. L'Espagne seule n'a rien répondu. Nous avons essayé d'obtenir par la voie diplomatique ces renseignements, mais nous avons subi un échec. Je me suis décidé alors à entreprendre un voyage en Espagne pour recueillir sur place les renseignements désirés. Je les ai obtenus grâce au concours de notre ambassade à Madrid et au concours de plusieurs de nos confrères à Madrid, Séville et Valence.

La lèpre existe en Espagne depuis longtemps dans les provinces du sud. Il y a de petites léproseries à Séville et à Grenade, la dernière est la plus importante.

L'entrée dans ces léproseries est facultative et on ne peut pas retenir les malades contre leur volonté. A la léproserie de Séville j'ai observé 40 malades, qui pour la plupart présentaient des formes d'une telle gravité, qu'on peut affirmer, rien que par ce fait, qu'il doity avoir quantité inconnue de formes légères, hors de l'hôpital.

Les malades provenaient des provinces suivantes :

	HOMMES	FEMMES
Séville.....	11	2
Cordoba.....	8	4
Malaga.....	1	»
Huelva.....	4	»
Cadix.....	3	2
Jaen.....	1	2
Grenade.....	1	»
Badajos.....	»	1
TOTAL....	29	11

La lèpre existe en outre sur toute la côte Est de l'Espagne surtout fréquente entre les villes de Castellon de la Plana, Valence et Alicante.

C'est d'ici que s'est effectuée la contamination assez récente de l'Algérie, qui a épouvanté les médecins français. L'histoire du développement de la lèpre dans ces parages, qui est d'importation récente datant seulement d'une cinquantaine d'années et faisant des progrès incessants a

été faite par les Drs Pocquet (de Parcent), Peret et Zuriaga (de Valence), mais le gouvernement espagnol n'a pas tenu compte des représentations faites par les médecins partisans de la théorie contagioniste, et la maladie fait des progrès incessants.

Infestées sont surtout les villes de Gandia, Oliva et Simat de Valldigna dans la province de Valence, ensuite les villes de Busiana, Villanul, Boriol et Alcublas aux environs de Castellon de la Plana. Enfin tous les villages du district de Pego et de Denia.

Il y a une petite léproserie à Automente. Aucune autre mesure n'a été prise contre ce terrible fléau et les lépreux circulent librement partout.

M. Gémy a appelé le cas qu'il vient de nous montrer, un cas probablement « autochtone ». C'est un mot que je déteste, la lèpre « autochtone » n'existe pas, elle dérive toujours par contagion d'un cas semblable. Mais il est clair qu'on n'est pas toujours sûr de trouver la source de la contagion.

De nos jours, vous trouverez des lépreux errants partout en Europe ; il n'est pas permis de parler de lèpre « autochtone ». Les lépreux pullulent chez les spécialistes et dans les hôpitaux spéciaux de Paris, et on les trouve partout quand on sait les diagnostiquer.

C'est ainsi que l'année dernière au mois de juin j'ai voyagé en compartiment entre Nice et Cannes avec un malade qui avait le visage couvert de lépromes ulcérés et qui ne cessait pas de se gratter et de cracher.

Il y a 8 jours, à mon retour d'Espagne, j'ai déjeuné dans la gare de Hendaye à côté d'une lépreuse avec des lépromes ulcérés ouverts.

L'affirmation que nous entendons souvent, que telle ou telle personne n'a jamais été en contact avec des lépreux est sans aucune valeur. Il n'y a pas de lèpre autochtone.

Ulcère lépreux de la jambe.

Par M. DANLOS.

Mme X..., créole née à la Réunion où elle a vécu jusqu'à l'âge de 18 ans est atteinte d'une lèpre tuberculeuse dont le début paraît remonter à l'âge de douze ans. Le père était peut-être syphilitique et lépreux ; une sœur serait morte lépreuse. Deux enfants de dix et neuf ans n'ayant jamais quitté leur mère sont jusqu'à présent indemnes. Le mari fonctionnaire aux colonies et de ce fait séparé souvent de sa femme paraît l'être également.

L'affection a tous les caractères classiques des cas de cette nature, cachexie, tubercules cutanés et muqueux, atrophie musculaire, ulcération de la bouche (palais, langue) et des fosses nasales, raucité de la voix, perte des cheveux, des sourcils et des cils ; cécité presque complète par lépromes cornéens, etc. Les tubercules disséminés presque partout sur les membres sont confluents sur la face et les points de pression (coudes) ; ils sont très peu nombreux sur le tronc. La sensibilité est relativement peu compromise ; il y a plutôt des erreurs de localisation que de l'anesthésie vraie.

A noter que malgré la cécité presque complète, la malade qui ne distingue pas les objets redoute l'impression du jour et recherche l'obscurité qu'elle rend plus complète encore par une large visière verte. Objectivement la particularité symptomatique la plus frappante à l'entrée était l'état des membres inférieurs. La jambe droite doublée de volume, hérisse de tubercules, non ulcérée, avec ses orteils tuméfiés et difformes, offrait un type accompli d'éléphantiasis lépreux. La jambe gauche moins volumineuse portait à sa partie antérieure et moyenne un vaste ulcère (Moulage au musée). A son niveau la peau était détruite dans toute son épaisseur, le fond était pseudo-membraneux et les bords surplombants, couronnés d'énormes nodules lépreux. En moins de deux mois par le repos au lit, des pansements simples (Liqueur de Labarraque au tiers) et l'huile de Chaulmoogra à l'intérieur (4 et 5 grammes par jour), ce vaste ulcère s'est presque nivelé et a perdu au moins les quatre cinquièmes de son étendue. Les tubercules périphériques se sont réduits sans diminuer toutefois dans la même proportion et l'état général s'est très sensiblement amélioré.

Cette dernière considération nous porte à croire que le traitement local n'a pas agi seul et que l'huile de Chaulmoogra est pour quelque chose dans cet heureux résultat. Nous devons à ce point de vue signaler la forme pharmaceutique sous laquelle cette huile a été prescrite. On sait que l'intolérance stomachale est souvent un obstacle insurmontable à l'emploi de ce précieux médicament qui n'agit qu'à dose élevée. Pour tourner la difficulté nous l'administrons sous la forme suivante :

Poudre de gomme arabique.....	15 gr.
Huile de Chaulmoogra.....	5 à 6 —
Huile d'amandes douces.....	10 à 9 —
Sirop d'oranges amères.....	30 —
Eau de laurier cerise.....	10 —
Lait Q. s. pour une potion de.....	125 —

Avant de l'émulsionner avec la gomme, on fait dissoudre à chaud l'huile de Chaulmoogra dans l'huile d'amandes douces.

En somme c'est à peu près le looch huileux du codex, dont on pourrait peut-être se rapprocher davantage en remplaçant le sirop d'orange par du sirop d'orgeat et le lait par de l'eau qui rendrait la préparation moins altérable. Telle qu'elle est, la potion se conserve bien au moins pendant vingt-quatre heures; quand l'huile se sépare un peu, il suffit d'agiter un instant pour rétablir l'émulsion.

Les malades la prennent en deux fois, moitié au début de chaque repas. On peut au besoin donner immédiatement après une gorgée de grog. Présentée sous cette forme, l'huile de Chaulmoogra est facilement assimilable puisque l'émulsion l'a réduite à un état d'extrême division, et la dilution dans l'huile d'amande lui enlève une partie de ses propriétés irritantes.

Nous avons eu récemment une autre malade lépreuse déjà très cachectique qui a supporté pendant plusieurs mois la dose quotidienne de 6 grammes d'huile de Chaulmoogra administrée sous cette forme, et chez elle aussi, grâce à cette tolérance, la maladie avait subi un arrêt vraiment remarquable. Elle a malheureusement succombé à un érysipèle ambulant qui partant d'une ulcération presque guérie a parcouru tout le corps et n'a entraîné la mort qu'après trois semaines de lutte.

M. Baocq. — J'ai soigné une dame atteinte de lèpre et qui ne pouvait supporter l'huile de Chaulmoogra. Le Dr Padron, qui voyait cette malade avec moi, m'apprit alors qu'au Mexique les lépreux sont soumis au régime lacté et prennent 3 litres ou 3 litres et demi de lait par jour, et grâce à ce régime ils peuvent tolérer jusqu'à 3 ou 4 cuillerées à soupe d'huile de Chaulmoogra par jour. Chez notre malade, le régime lacté absolu nous a permis de lui faire prendre, bien qu'à doses beaucoup moindres, le médicament qu'elle n'avait pu supporter jusqu'alors. Depuis, j'ai eu plusieurs fois recours en ville au régime lacté chez des lépreux, et j'ai pu parfois leur faire accepter jusqu'à 3 ou 4 cuillerées à café d'huile de Chaulmoogra par jour. Sans doute, beaucoup de malades ne supportent pas très longtemps une dose aussi forte ; mais l'emploi du régime lacté peut rendre quelques services et c'est pourquoi j'ai cru utile de vous le signaler.

Le Dr Padron m'a fait remarquer que l'huile de Chaulmoogra est mieux supportée dans les pays chauds que dans les climats tempérés, et il pense qu'en France on ne pourrait faire tolérer aux malades des doses aussi considérables que celles que prennent les Mexicains.

M. BESNIER. — L'association de la cure lactée et de la médication par l'huile de Chaulmoogra me paraît excellente parce qu'elle pourra, peut-être, parer à un des dangers de l'emploi de cette huile à doses intensives, c'est-à-dire à la production d'une toxinéphrite dont j'ai observé plusieurs exemples, quelques-uns très graves. Si l'observation ultérieure établit, par des faits authentiques, que l'huile de Chaulmoogra, prise avec le lait, peut être tolérée à des doses supérieures à celle de C C C gouttes, sans accident rénal, et sans irritation des voies digestives, on aura réalisé un progrès considérable dans le traitement de la lèpre.

Je dois ajouter que je reste un peu surpris d'apprendre que, contrairement à ce que je croyais savoir, une substance huileuse est mieux tolérée dans les pays chauds que dans les régions tempérées, ou froides, et que je conserve quelques doutes sur l'identité de l'huile de Chaulmoogra employée au Mexique avec celle dont nous disposons en France.

M. Baocq. — J'ai fait la même observation au Dr Padron ; ce dernier pense qu'il en est de l'huile de Chaulmoogra comme d'autres médicaments, la quinine, par exemple, qui est mieux supportée dans les contrées chaudes que dans les pays froids.

M. JACQUET. — Quels sont les résultats obtenus par M. Brocq dans ce traitement de la lèpre ?

M. BROcq. — Les résultats ont toujours été excellents.

Xeroderma pigmentosum de Kaposi.

Par M. P. COUILLAUD.

J'ai rencontré récemment dans ma clientèle un cas de *xeroderma pigmentosum* de *Kaposi*. Ce cas est curieux, particulièrement pour deux raisons : d'une part l'âge relativement avancé de la malade, et d'autre part l'amélioration des plus sensibles qu'ont produite les *injections intra-musculaires de calomel*.

M^{me} E..., âgée de 29 ans, demeure à Romainville, où ses parents sont cultivateurs. Elle ne s'est jamais occupée des travaux des champs.

A sa naissance, elle fut placée en nourrice pour être nourrie au sein. Peu de temps après, la nourrice prit un deuxième nourrisson qui, paraît-il, « avait la figure pleine de plaies et ne vécut que quelques semaines ».

Vers l'âge de 13 mois, ses parents venant la voir pour la première fois furent très étonnés de voir sa face et ses mains maculées de taches rouges et brunes. Le médecin local, mandé par la famille, déclara que « c'était une éruption de sang qui disparaîtrait toute seule avec l'âge ». Les parents ne s'émurent donc pas outre mesure de ces accidents cutanés qui s'accen-tuèrent progressivement.

Quelques années plus tard, l'enfant de retour à la maison, les parents commencèrent à s'inquiéter sérieusement de voir cet état persister malgré tisanes, dépuratifs et purgations administrés sans compter, et ils menèrent leur enfant chez plusieurs médecins et dans diverses cliniques, puis dans le service de Bazin, qui la soigna pour une « ichtyose ».

L'âge d'aller à l'école étant arrivé, l'enfant suivit ses cours avec assiduité et fut certainement parmi les plus intelligentes de sa classe ; toutefois elle n'a reçu qu'une instruction primaire.

Elle quitte l'école à 14 ans, ayant obtenu son certificat d'études et reste chez ses parents pour les aider dans leurs travaux d'intérieur.

Jusqu'à ce moment l'affection cutanée n'avait été qu'une gêne pour l'enfant que ses camarades d'école poursuivaient de leurs sarcasmes. Mais, dans la suite, les progrès de la maladie continuant, M^{me} E..., commença à s'apercevoir que la lumière du jour lui faisait mal aux yeux et « que ses paupières se rétrécissaient », puis peu à peu la vue se troubla.

A l'âge de 20 ans, ses yeux la faisant souffrir beaucoup, il lui semblait « qu'elle avait du gravier plein les yeux », elle se fit examiner par M. Abadie qui « lui fendit la peau à l'angle externe de l'œil droit ». Malgré cette opération « ses paupières se roulèrent » ; M^{me} E... changea d'oculiste et alla consulter M. Landolt qui lui opéra deux ectropions ; cette seconde opération eut lieu deux mois environ après la première.

A la suite de l'opération, M^{me} E... recouvrira la vue « suffisamment pour lire le journal ».

Depuis son jeune âge jusqu'à cette période de sa vie, M^{me} E..., comme je l'ai dit précédemment, avait erré de médecin en médecin, de clinique en clinique (avait même consulté des somnambules), cherchant la guérison. On lui avait donné successivement de l'huile de foie de morue, du vin

iodé, de l'iode de potassium, de la liqueur de Fowler, etc. M^{me} E..., voyant, malgré tous ces médicaments, son état rester stationnaire ou même empirer, se décida à cesser tout traitement.

Pendant les neuf années qui s'écoulèrent depuis lors jusqu'à ce jour, la malade resta cloîtrée au domicile de ses parents, ne sortant jamais et s'occupant seulement des soins du ménage. Elle allait même le moins possible dans la cour durant la journée, non seulement parce qu'elle avait constaté que l'air vif et le soleil étaient nuisibles à son épiderme, mais aussi parce que les rayons lumineux lui fatiguaient beaucoup les yeux et la faisait éternuer, ce qui l'obligeait à tenir constamment sa main au-dessus des arcades sourcilières pour former abat-jour.

Quatre ans après la double opération des paupières, la vue de M^{me} E..., commença à redevenir moins nette et une tache opaline apparut sur la cornée de l'œil droit; la cornée de l'œil gauche fut prise à son tour quelques semaines plus tard. La tache opaline des deux cornées s'épaissit progressivement et la vue se troubla de plus en plus.

Durant tout ce laps de temps, il se forma sur la face et les mains de M^{me} E... « des points dont les uns rouges, les autres noirs grossissaient rapidement, puis, au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, tombaient en laissant à leur place une cicatrice plus ou moins étendue ».

Indépendamment de ces accidents cutanés, M^{me} E... éprouvait des troubles généraux consistant principalement en de violentes céphalées dont le début coïncida avec la diminution de l'acuité visuelle. Ces maux de tête gênaient à ce point la malade qu'elle n'osait ni tourner la tête, ni la renverser en arrière à cause de l'intensité qu'ils prenaient alors. Un autre phénomène lui était également très pénible; elle était prise d'éternuement, même dans l'obscurité, aussitôt qu'elle était couchée sur le dos. Enfin, ce qui, sans être douloureux, est tout au moins très gênant, M^{me} E..., dont les oreilles s'encombraient rapidement de cérumen, était prise de violentes quintes de toux lorsqu'elle introduisait dans le conduit auditif externe un objet destiné à le nettoyer.

C'est le 14 mars dernier que je fus appelé pour voir la malade, les parents s'inquiétant des proportions que présentait à ce moment une tumeur noire de la région temporo-malaire qui se développait progressivement depuis près d'une année.

Voici quel était à ce jour l'aspect de la malade, que j'ai fixé par trois photographies (deux de la face et une des avant-bras et des mains) dont je fais hommage à la Société de dermatologie pour les archives de la Société.

M^{me} E... est de petite taille; on voit que son développement physique, à l'encontre de son développement intellectuel, a été gêné par l'affection cutanée.

Sur le cuir chevelu, on ne note qu'une abondance extrême de pellicules et de la chute des cheveux. Les cheveux, au dire de M^{me} E..., étaient, il y a quelques années, encore assez longs et très fournis, tandis qu'aujourd'hui ils sont peu denses et leur longueur ne dépasse pas 20 ou 30 centim.

C'est à la face que l'affection cutanée se présente dans tout son épanouissement.

L'ensemble du visage donne l'impression d'une vaste cicatrice de brûlure avec ses rides, sa fermeté et sa couleur d'un blanc mat. Sur ce fond livide, sont parsemées, très rapprochées, des taches télangiectasiques et des taches pigmentaires.

Parmi les télangiectasies, les unes sont planes et ne dépassent aucunement le niveau général de la peau ; d'autres au contraire forment une saillie plus ou moins développée. Une de ces dernières se voit nettement sur les épreuves photographiques, que j'ai tirées, un peu à gauche de la ligne médiane au milieu du front : elle est un peu allongée, ses dimensions sont de 5 millimètres de longueur sur 3 millimètres de largeur et elle fait une saillie de 2 millimètres environ.

Les taches pigmentaires présentent deux nuances : les unes sont d'une couleur brun pâle, elles sont très nombreuses et ont la grosseur d'une lentille ; les autres, qui se disposent en placards sont d'une teinte brun tirant sur le noir.

La forme de ces placards n'a rien de fixe ; leur pourtour est déchiqueté. De même leur teinte est loin d'être uniforme, car, à leur surface, des points clairs se montrent à côté de points fortement pigmentés. C'est surtout au niveau des joues et du menton que sont situés ces placards. Les plus étendus atteignent une dimension de quatre centimètres carrés environ.

En certains endroits, des placards grisâtres et noirâtres font une légère saillie ; en soulevant leurs bords avec l'ongle, on les sépare de la peau sous-jacente. Ces squames ont une étendue variable et une épaisseur pouvant atteindre près d'un millimètre.

Indépendamment de ces taches, on rencontre en plusieurs endroits de véritables *tumeurs noires* dont j'ai recueilli plusieurs fragments pour en faire l'examen histologique ultérieurement.

L'une de ces tumeurs située à la région temporo-malaire droite, est de la dimension d'une pièce de deux francs ; elle a l'aspect d'un macaron et domine d'un demi-centimètre les tissus circumvoisins. Au toucher, elle est demi-molle et semble avoir des adhérences assez profondes.

Un peu en arrière et au-dessus d'elle, on voit une autre petite tumeur noire ; mais cette dernière ne dépasse pas le niveau général de la peau ; elle a le diamètre d'un gros pois.

Il existe également deux autres petites tumeurs semblables non saillantes, situées l'une au front à l'extrémité supérieure droite, vers la naissance des cheveux, l'autre au menton, au niveau du bord inférieur du maxillaire, à quatre ou cinq centimètres de la ligne médiane.

Il me reste à parler des atrésies orificielles : elles sont très marquées, ce dont on se rend compte facilement à la simple vue des épreuves photographiques.

L'atrésie buccale produit autour de cet orifice un ensemble de plis radiés remarquable.

Même phénomène autour des yeux. Là, d'ailleurs, il n'y a plus à proprement parler de paupières mais une sorte de bourrelet rougeâtre courant d'un angle de l'œil à l'autre.

La conjonctive passe directement du globe oculaire sur ces bourrelets sans former de culs-de-sac.

L'occlusion complète des paupières est impossible.

La cornée présente un aspect blanc laiteux et ne permet à la malade que de voir l'ombre des objets; suivant son expression, « elle ne voit qu'à travers un nuage ».

L'atrésie de l'orifice externe du nez produit un amincissement et un pinçement très marqué de la pointe.

Quant aux oreilles elles ont perdu leur forme et ont un aspect momifié.

Avant de passer en revue les autres localisations des lésions cutanées, j'attire l'attention sur l'*envahissement d'une partie des muqueuses linguale et bucale* par des lésions similaires à celles de la peau.

Sur la lèvre inférieure, de même que sur la supérieure, les télangiectasies s'étendent jusqu'à un centimètre et demi sur la muqueuse des lèvres.

Sur la langue les télangiectasies sont groupées très denses vers la pointe sur une aire de deux centimètres carrés environ.

J'arrive maintenant au cou. Ici, on trouve seulement, mais en très grand nombre, des petites macules brunâtres et des taches télangiectasiques.

Sur les bras, on ne rencontre aucune des lésions particulières au *zederma pigmentosum*, sauf à l'extrémité inférieure, mais un peu d'*ichthyose et de kératose pilaire*.

Les avant-bras, au contraire sont fortement touchés et les lésions remontent jusqu'à quatre centimètres au-dessus du coude. On y remarque, et plus denses à la partie postérieure, des petites macules brun pâle et quelques placards noirâtres de dimensions variables (l'un a quatre centimètres sur deux).

Ces mêmes lésions s'observent sur le dos des deux mains, s'accompagnant d'un état particulier de la peau donnant l'impression de la baudruche.

En outre, à la main droite, sur la face dorsale du poignet et sur la ligne médiane, se trouve une tumeur noire très dure, faisant une saillie arrondie de la grosseur d'un pois ; cette tumeur qui semble vue par transparence, adhère, mais peu fortement, aux tissus sous-jacents.

Les paumes des mains sont indemnes ; les lésions des avant-bras s'arrêtent brusquement au pli du poignet.

Sur le thorax, principalement au niveau de la région mammaire, la peau présente un léger état ichthyosique.

Sur les cuisses et surtout sur les jambes, l'ichthyose et la kératose pilaire sont plus marquées.

À la face antérieure de chacun des deux genoux, on voit un large placard d'*ichthyose cornée* d'une épaisseur atteignant par places deux millimètres. La dimension de chacun de ces placards est d'environ 9 centimètres carrés.

Les parents affirment que personne dans la famille n'eut d'affection cutanée ; cependant j'ai appris d'autre part qu'une tante du père est morte à l'âge de 20 ans d'une affection identique à celle de M^{le} E...

Le père et la mère sont bien portants.

Un frère est mort à l'âge de six ans d'une méningite.

Un autre frère est vivant. Celui-ci a été atteint de rhumatisme articu-

laire il y a deux ans. Cette attaque de rhumatisme a été très grave et a duré plusieurs mois; il lui est resté de la déformation de plusieurs articulations.

Une tante de M^{me} E..., sœur de son père, est absolument aveugle par atrophie des nerfs optiques.

Mon diagnostic établi, je prévins M^{me} E... qu'il était nécessaire de lui exciser ses tumeurs. En même temps je me résolus à faire à la malade, pour lui rendre quelque espoir, un traitement qui ne lui eût point encore été appliqué. Dans ce but, je fis voir M^{me} E... à mon maître et ami Darier et nous convînmes ensemble d'essayer les injections de calomel et d'attendre le résultat de l'essai.

Le 22 mars, après avoir anesthésié la malade à l'oxychlorure d'éthyle et à la cocaïne, j'ai extirpé, à l'aide de la petite pointe du thermocautère, entièrement et d'un seul morceau, la grosse tumeur noire de la région temporo-malaire. En opérant de cette manière je n'ai été que bien peu gêné par le sang provenant des capillaires dilatés du voisinage et de la profondeur.

Cette tumeur avait la forme d'une lentille biconvexe avec de petits bourgeons reliant la face profonde aux tissus sous-jacents. Je l'ai conservée pour en faire l'examen histologique.

La tumeur enlevée, j'ai cautérisé profondément au thermocautère la plaie opératoire, puis j'ai saupoudré de salol et appliqué un pansement consistant en compresses de gaze non apprêtée imbibées de sublimé à 1/500.

Voyant la docilité de ma malade, je me décidai à exciser la petite tumeur qui siégeait sur le dos de la main droite; je pratiquai de la même manière que précédemment des cautérisations profondes et je fis un pansement semblable.

La séance chirurgicale terminée, j'ai aussitôt pratiqué la première injection intra-musculaire de calomel.

J'ai injecté trois centigrammes de calomel, incorporé à un mélange de vaseline et d'huile de vaseline, dans la région fessière dite de Gaillot. La malade redoutait beaucoup cette injection, pensant qu'elle sentirait une vive douleur; aussi fut-elle fort surprise quand je lui dis que tout était terminé, car elle ne s'était aperçue de rien; j'avais il est vrai anesthésié la surface de la région à l'oxychlorure d'éthyle.

Le 24, je refais les pansements de la joue et de la main.

Le 29, les escharas produites par le thermocautère se détachent et montrent deux plaies de bonne nature.

Nouvelle injection de calomel, mais cette fois de quatre centigrammes.

— J'interroge M^{me} E... pour savoir si elle a souffert de la précédente. Elle me répond qu'elle n'a ressenti qu'une sensation de contusion dans la fesse; cette sensation a commencé quarante-huit heures après l'injection et a duré trois ou quatre jours, « mais ce n'était pas une douleur ».

Le 1, le 5, le 9 et le 12 avril, nouveaux pansements. Les plaies se cicatrisent progressivement; le 17, la plaie de la face est totalement cicatrisée; le 26, je retire le pansement de la main dont la plaie opératoire est guérie à son tour.

Pendant ce temps, j'avais continué les injections de calomel.

Le 5, le 12 et le 19, j'ai fait chaque fois une injection de cinq centigrammes.

Le 26, ayant constaté de la stomatite et de la gingivite hydrargyrique, je m'abstiens de faire une injection et je prescris le nettoyage des dents et le rinçage de la bouche au sublimé au millième, suivi de rinçage à l'eau boriquée, plusieurs fois par jour.

Le 3 mai, toute trace d'intoxication hydrargyrique ayant disparu, je refais une nouvelle injection de calomel de cinq centigrammes.

Le même jour, je détruis au thermocautère les trois petites tumeurs noires et la petite tumeur télangiectasique du front dont j'ai parlé dans ma description des lésions de la face.

Actuellement, par le fait du traitement, la face et les mains se sont décapées. La plupart des placards pigmentaires ont disparu.

Le nombre des macules brun pâle et des télangiectasies a considérablement diminué, principalement à la face.

La vue semble s'être légèrement améliorée.

Telle est, succinctement résumée, l'observation clinique de cette intéressante malade. Il y manque l'examen histologique des fragments des tumeurs extirpées pour se prononcer sur leur nature.

Je communiquerai ultérieurement à la société le résultat de cet examen ainsi que celui du traitement que je me propose de continuer plusieurs mois encore, afin de bien établir qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, mais que l'amélioration constatée chez la malade est bien le fait des injections de calomel.

Acné chéloïdienne de la nuque.

Par M. DANLOS.

C..., 47 ans, cocher, de très bonne santé sauf une gastralgie éthylique. accuse comme antécédents : à 20 ans, une fièvre typhoïde suivie de phlegmasia et de varices ; à 27 ans la syphilis qu'il n'a traitée que trois semaines par quelques pilules de protoiodure ; et qui depuis lors sauf quelques plaques buccales paraît être restée silencieuse.

Aujourd'hui ce malade, arthritique sanguin et séborrhéique, présente les lésions suivantes :

1^o De l'acné vulgaire disséminée à la face et sur le dos.

2^o A la cuisse droite un placard variqueux avec épaissement de la peau sus-jacente, identique d'aspect avec un nœvus ; mais auquel ce nom ne peut convenir, car la lésion ne date que de trois à quatre ans.

3^o Sur le crâne, on remarque de petites taches fauves, couvertes en partie de squames grasses très adhérentes, amenant sur les points qu'elles occupent la chute des cheveux et laissant après guérison une altération très superficielle rappelant autant l'atrophie que la cicatrice. Il s'agit vraisemblablement d'une variété d'acné dépilante non suppurative, voisine de l'acné nécrotique ou du lupus acnéique. De la première elle se distingue

par l'aréole d'un jaune fauve qui entoure à grande distance la croûtelle centrale ; par le fait que celle-ci est saillante et non enchaînée dans le derme ; parce que cette croûtelle est plus squameuse que nécrotique ; parce que la cicatrice qui lui succède est à peine visible, et que la distribution n'a pas la régularité qu'on observe dans l'acné pilaire de Bazin. Du lupus érythémateux à forme acnéique la lésion se différencie par une teinte moins vive, et le défaut de tendance centrifuge aux points d'attaque. Au dire du malade, il y aurait une dizaine d'années qu'il porte sur la tête de semblables éléments.

4^e Depuis quatorze ans environ, la nuque est le siège d'une grosse altération, qui primitivement circonscrite, a grandi peu à peu et s'étend actuellement d'une apophyse mastoïde à l'autre. Elle présente l'aspect d'un anneau ovalaire très allongé, formé de deux zones externe et interne. La zone externe se présente sous la forme d'un bourrelet annulaire, large d'un doigt, saillant de cinq à six millimètres, continu, sauf deux interruptions de quelques centimètres sur sa demi-circonférence inférieure. Ce bourrelet a tous les caractères (saillie, dureté, folliculites, croûtes, poils groupés en bouquet) de l'acné dite chéloïdienne. La zone interne incluse dans la précédente est d'aspect lisse, unie et cicatricielle. Son niveau est celui de la peau saine. Cette cicatrice souple et non chéloïdienne est le reliquat de l'action morbide dont le bourrelet extérieur représente la zone en activité. On est surpris de l'absence de toute chéloïde sur cette zone interne. Interrogé à ce sujet, le malade dit que primitivement cette zone était saillante et qu'elle s'est affaissée à la suite de scarifications multiples que le malade a subies en 1895 pendant un séjour de six mois qu'il a fait dans le service de M. Besnier. Cette influence thérapeutique des scarifications est fort remarquable ; il ne l'est pas moins qu'elle n'ait agi que sur la cicatrice et que la marche extensive du mal n'ait pas été modifiée.

En rapprochant l'une de l'autre les trois modalités de l'acné que présente ce malade, acné vulgaire, acné dépilante du cuir chevelu, acné chéloïdienne de la nuque, on est conduit à se demander s'il s'agit de trois affections différentes n'ayant entre elles d'autre liaison que la nature séborrhéique du terrain qui leur sert de base, ou bien si ce sont trois affections de même nature empruntant leur différence d'aspect et de degré à la région sur laquelle elles sont développées. Bien que la première opinion semble plus vraisemblable, la seconde ne paraît pas illogique. L'acné chéloïdienne en particulier diffère probablement de l'acné vulgaire plutôt par sa localisation que par sa nature. A la nuque, toutes les lésions inflammatoires développent facilement de la chéloïde. Elles doivent cette propriété à la qualité même du terrain. La peau de la nuque est en effet dense, fibreuse et résistante ; elle crie sous le scalpel quand on la coupe et sa face interne, surtout sur la ligne médiane, est unie aux parties profondes par d'épais tractus fibreux. C'est probablement à sa nature fibreuse que la peau de la nuque doit son aptitude chéloïdienne. Elle se voit

dans toutes les lésions irritatives de cette région. Rien de plus commun par exemple que de constater chez les individus qui ont eu de simples furoncles de la nuque, l'existence d'une masse fibreuse qui double pour ainsi dire la face profonde de la peau. Ici, la lésion originelle occupant l'hypoderme, c'est dans l'hypoderme aussi que la kéroïde se développe; dans l'acné chéloïdienne, au contraire, la lésion étant plus superficielle c'est dans la couche superficielle du derme que la chéloïde évolue.

M. BESNIER. — Dans toutes les acnés, et particulièrement dans les acnés nécrotiques, dans l'*acné pilaire serpigneuse* de la nuque qui existe chez ce malade, il faut distinguer absolument l'action thérapeutique produite sur les *lésions réalisées*, et l'action à exercer sur la *reproduction de lésions nouvelles* sur le même lieu ou à la périphérie.

La première, l'action curative sur les lésions réalisées est le plus souvent souveraine, et facile, par des moyens variés; la seconde, l'action curative, proprement dite, c'est-à-dire prévenant le retour d'altérations semblables, est le plus souvent insuffisante ou nulle tant que persistent les causes diathésiques, toxiques, toxiniennes, ou parasitaires. L'exemple qui vous est soumis par M. Danlos est, à cet égard, saisissant: Toute la partie centrale du territoire envahi, celle que j'ai traitée par des moyens variés à la phase éruptive, et par les scarifications réitérées dans la période chéloïdienne, est aujourd'hui entièrement libérée.

J'ajouterais que ce que vient de dire M. Danlos sur la faculté chéloïdienne de la région de la nuque est absolument exact, et que l'identité de nature des trois formes d'acné que présente ce malade est, sinon démontrée, au moins plus que vraisemblable, soit dans l'hypothèse toxinienne, soit dans l'hypothèse parasitaire.

Érythème bulleux toxique.

Par MM. G. BAUDOUIN et EMERY.

Voici une femme de 28 ans qui est entrée, il y a quelques jours, dans le service de M. le professeur Fournier, pour une éruption d'érythème bulleux en plaques localisé aux régions fessières et au membre inférieur gauche, et dont l'origine nous paraît présenter un intérêt tout particulier. Il semble, en effet, tout d'abord, qu'on se trouve en présence d'une dermatose antipyrinique. Le 1^{er} mai dernier, la malade qui avait pris pour la première fois une dose d'antipyrine, pour calmer des névralgies, sentit au bout de quelques minutes se produire cette éruption qui s'accompagna, pendant plusieurs jours, d'une sensation de brûlure des plus douloureuses; celle-ci, d'autre part, offrait tout les caractères que nous avons déjà constatés dans des cas de dermatoses dont cette origine médicamenteuse était indiscutable: placards érythémateux, très douloureux, nettement orbiculaires, dont le volume varie de celui d'une pièce de cinquante centimes à celui d'une pièce de cinq francs, et dont la surface, rouge vineux, très

brune même par places, a été recouverte, à un moment donné, de larges bulles aujourd'hui affaissées.

Cependant, deux crises éruptives absolument semblables à celle-ci, tant au point de vue des symptômes objectifs que de la réaction douloureuse et de l'évolution, se sont produites antérieurement, l'une au commencement de novembre, l'autre il y a six semaines. La malade ne sait à quelle cause attribuer la première : les plaques bulleuses qui la constituaient se séchèrent au bout de dix jours, sans cependant disparaître, car la peau resta toujours très fortement pigmentée à leur niveau. Quant à la seconde poussée, elle aurait fait suite à un repas composé principalement de maquereau. Dans les deux dernières crises, ce furent uniquement les plaques de l'éruption précédente qui se réveillèrent en quelques sorte et évoluèrent de la même façon sans qu'il s'en produist de nouvelles, en laissant encore après elles les mêmes macules pigmentaires indélébiles, qui avaient suivi la première poussée.

Ainsi, nous voyons dans ce cas, d'une part des toxines animales d'origine alimentaire, d'autre part une substance médicamenteuse, provoquer la réapparition des mêmes déterminations cutanées dues primitivement à l'action de toxines d'origine inconnue.

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que la malade est une nerveuse, d'un caractère violent, extraordinairement irritable ; elle est aussi légèrement mais manifestement éthylique, et présente, en outre, probablement liés à cette dernière cause, des troubles dyspeptiques qui, peut-être, ne sont pas étrangers à l'action toxique de certaines substances souvent inoffensives pour les autres sujets.

M. BESNIER. — Il est certain qu'objectivement cette lésion est une antipyrinide, et c'est à ce diagnostic que je me rangerai jusqu'à plus ample informé. On a souvent beaucoup de peine à obtenir des malades un aveu de l'emploi des médicaments, et M. Vérité faisait dernièrement remarquer que beaucoup de produits vendus dans le commerce sous différents noms renferment de l'antipyrine.

Sur un cas d'ichtyose vraie localisée et symétrique.

Par MM. HALLOPEAU et GUIBAL.

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter est intéressant par les localisations de son ichtyose : en effet, tandis que les altérations occupent la tête et les membres, et atteignent en diverses régions une grande intensité, au point d'y revêtir les caractères de l'ichtyose hystric, le tronc est au contraire complètement et absolument indemne et les lésions forment à la partie supérieure des membres des courbes remarquables par leur dessin compliqué et leur parfaite symétrie.

En effet, si l'on examine la partie supérieure des cuisses, on voit que

l'ichtyose y est limitée par un bord absolument net qui s'étend d'abord du pli interfessier au milieu de la crête iliaque, se porte, de ce point, en dehors et en avant, en décrivant une légère concavité supérieure, vers le bord postérieur du grand trochanter, gagne transversalement la saillie du muscle couturier, puis oblique en bas et en dedans jusqu'à l'extrémité inférieure du triangle de Scarpa, et se relève enfin un peu pour atteindre au-dessous du scrotum le pli fémoro-périnéal. La disposition est strictement la même des deux côtés. La limite supérieure de l'ichtyose au niveau des bras n'est pas moins singulière : au niveau du sillon sous-deltoidien, sur la saillie du biceps, s'élève une traînée ichtyosique d'environ 3 centimètres de largeur; sa limite inférieure est à environ 5 centimètres au-dessus du pli du coude ; elle se réunit, à ce niveau, par un pont de peau malade, à une traînée analogue qui remonte en arrière sur la saillie du triceps, et présente un diamètre que l'on peut évaluer à 4 centimètres ; les bords de ces deux traînées verticales sont nets et, dans leurs intervalles, la peau des parties interne et externe du bras est saine.

Ici encore les lésions sont tout à fait symétriques des deux côtés.

Les creux des genoux et des coudes ainsi que les surfaces palmaires et plantaires sont indemnes ; le dos des phalanges est le siège d'altérations qui rappellent singulièrement, par leur aspect, celles du pityriasis rubra pilaire, moins la saillie des concréti ons.

La distribution si remarquablement symétrique des altérations est tout à fait en rapport avec l'opinion qui fait de l'ichtyose une altération liée à une anomalie dans le développement de l'épiderme ; elle montre que cette anomalie peut n'intéresser, dans chaque moitié du corps, que certaines parties se développant parallèlement ; elle ne peut guère s'expliquer par l'hypothèse, si élégamment défendue par notre très distingué collègue Tommasoli, suivant laquelle cette maladie serait une auto-intoxication ; on ne conçoit pas en effet comment des autotoxines iraient léser les téguments des membres en s'arrêtant ainsi nettement suivant un rebord en apparence capricieusement curviligne, identique des deux côtés, exerçant sur les jambes une action assez intense pour donner lieu aux lésions de l'ichtyose hystrix et faisant complètement défaut au niveau du tronc : les lésions d'origine toxique ne présentent pas ces localisations presque géométriques qui sont au contraire l'apanage des anomalies d'origine embryonnaire.

Un cas de syphilis héréditaire tardive.

Par M. G. MILIAN.

L'enfant M..., âgé de 11 ans, que j'ai l'honneur de présenter à la Société de dermatologie, est atteint de syphilis héréditaire.

Au premier coup d'œil, rien n'attire l'attention de ce côté, car cet enfant ne présente aucune déformation manifeste, aucune malformation du sque-

lette, et sa constitution est assez bonne. Pourtant, l'héredo-syphilis est, chez lui, indéniable, attendu qu'il a présenté des gommes de la jambe et que la syphilis des parents est certaine. Il est intéressant de noter cette pénurie de stigmates, quoique la syphilis ait été transmise en nature.

Les seuls stigmates qu'on découvre sont les suivants :

Teinte grisâtre des téguments, surtout des téguments du visage ; micro-syphymie ; voûte palatine ogivale extrêmement prononcée ; suture fronto-pariétale très saillante, mais surtout superbles *lésions dentaires*, qui constituent le signe le plus important et méritent d'être énumérées en détail : *A la mâchoire supérieure* les deux incisives médianes supérieures présentent la déformation dite en tournevis. L'incisive latérale gauche est reportée sur un plan postérieur comme si elle faisait partie d'un deuxième hémicycle dentaire concentrique. L'incisive et la canine gauches de lait persistent. La canine droite est absente. Enfin la dernière molaire de chaque côté est atteinte d'atrophie cuspidienne. *A la mâchoire inférieure*, les lésions sont beaucoup moins marquées : les dents sont tassées les unes sur les autres et le bord libre des incisives est multicrénélé.

L'examen des *yeux* pratiqué par M. Druault, interne de M. le professeur Panas, a révélé, au niveau de l'œil droit, à la périphérie de la rétine, plusieurs petites *taches d'atrophie choroïdienne*, reliquat de points de choroïdite caractéristique en l'espèce. Les stigmates papillaires signalés par Antonelli ont été recherchés avec le plus grand soin ; il n'a été possible de découvrir autour des deux papilles qu'une zone légèrement ardoisée de la largeur d'un demi-diamètre papillaire (1).

A part les malformations dentaires, rien n'attire donc spécialement l'attention du clinicien du côté de la syphilis héréditaire.

Par contre, l'*anamnèse* fournit des renseignements importants. La mère nous apprend que son enfant a marché tard, à 16 mois seulement. Il n'a su parler qu'à trois ans. Déjà à cet âge, c'était un petit nerveux qui avait fréquemment des « convulsions ». Vers 18 mois, deux ans, lorsqu'il entendait de la musique il devenait tout pâle, tremblait de tous ses membres qui se raidissaient ensuite. Actuellement encore il rêve fréquemment la nuit à haute voix. Il pleure à chaque instant et pour des futilités ; aussi, à l'école, l'appelle-t-on « la fontaine Wallace ». Il n'est pas inintelligent mais il est incapable de fixer son attention.

Cet enfant n'a jamais eu d'autre maladie que la petite rougeole à l'âge de 4 ans ; mais il y a un an il présenta, à la face antérieure de la jambe droite, trois ulcérations profondes, qui se fusionnèrent bientôt pour n'en former qu'une seule. Ces ulcérations durèrent trois mois et guérirent par le traitement spécifique appliqué le dernier mois. Elles ont laissé une cicatrice à bords polycycliques, dépigmentée.

(1) *Examen des yeux*, pratiqué par M. DRUAUT, interne de M. le professeur Panas :

Des deux côtés, la papille présente des bords un peu flous et est entourée d'une zone légèrement ardoisée ayant une largeur de un demi-diamètre papillaire environ. Œil droit : A la périphérie de la rétine, plusieurs petites taches d'atrophie choroïdienne, la plus nette en bas.

Œil droit et œil gauche : Acuité visuelle normale.

Les antécédents héréditaires de cet enfant sont complets.

Le père, actuellement âgé de 48 ans, a eu la syphilis à 25 ans. Il est tabétique depuis une quinzaine d'années ; il est confiné au lit par l'ataxie depuis un an.

La mère, âgée de 43 ans, a contracté la syphilis un an avant son mariage en 1881 : elle a présenté des accidents caractéristiques : chancres de la grande lèvre gauche, plaques muqueuses de la bouche, maux de gorge, alopecie, etc.

En 1886, eut un premier enfant qui mourut à l'âge de deux mois, couvert d'accidents syphilitiques. En 1887, elle eut un second enfant, celui que nous présentons aujourd'hui. Depuis n'a pas eu d'autres grossesses.

Il nous a paru intéressant de communiquer cette observation, car elle prouve une fois de plus l'importance des malformations dentaires dans le diagnostic de la syphilis héréditaire. Celles-ci constituent, en effet, le seul stigmate appréciable pour le clinicien, chez cet enfant où nous sommes en mesure d'affirmer l'héréo-syphilis grâce à l'anamnèse.

Faisons remarquer aussi combien peut être utile l'examen du fond de l'œil dans la recherche de l'héréo-syphilis.

M. BARTHÉLEMY. — Je profite de la communication qui vient de vous être faite sur la syphilis héréditaire, pour vous montrer un moulage représentant, non plus des dents altérées directement par l'héréo-syphilis comme dans le cas précédent, où l'on observe, soit des dents striées et érodées, soit des dents hutchinsonniennes, mais des dents qui sont simplement dystrophiées par l'hérédité syphilitique. Ces altérations n'ont pas la valeur des précédentes ; elles ne prouvent que l'hérédité syphilitique ; elles ne sont pas la manifestation directe de la syphilis. Dans le cas précédent, il y avait une gomme de la jambe, des altérations du fond de l'œil, c'est-à-dire des lésions directement syphilitiques et justifiables du traitement spécifique. Ici, il n'y a rien de semblable ; car qui dit hérédité syphilitique ne dit pas héréo-syphilis. Il s'agit d'une jeune femme de 20 ans, qui a été mariée à 17 ans et qui a déjà deux enfants venus vivants mais avant terme. Son père a eu autrefois une syphilis bénigne mais assez mal traitée. Elle-même présente quelques traces de rachitisme thoracique et des tibias en lame de sabre, de l'asymétrie faciale gauche et crânienne, du nervosisme sans hysterie, un certain degré de débilité intellectuelle et de déséquilibre moral (quelques actes de cleptomanie ; c'est le 3^e cas que je constate dans l'hérédité syphilitique), du strabisme gauche divergent, une voûte palatine étroite, profondément creusée, ogivale, du prognathisme supérieur, enfin les dents dont vous voyez la représentation exacte dans ce moulage : dents n'ayant plus de forme, dents atypiques ; dents n'ayant ni leur dimension ni leur structure habituelles, dents mal formées et friables ; enfin, des dents particulièrement, extraordinairement, mal plantées ; il y a ici un véritable bouleversement dentaire ; il y a à la mâchoire supérieure trois rangées successives de dents, parmi lesquelles

il est impossible de distinguer les canines des incisives et où l'on retrouve persistante deux dents de la première dentition. Or, les parents sont très bien construits et très vigoureux au moral et au physique ; ils ont notamment tous deux des dents bien plantées, excellentes, belles et résistantes, encore maintenant, et n'ont aucune tare, aucune maladie. Il s'agit, chez cette jeune femme, de stigmates de dégénérescence due à la seule hérédité syphilitique ; je le répète, elle n'est pas héréo-syphilitique, elle pourrait même prendre la syphilis pour son compte (j'en ai vu deux cas probants) ; elle n'a que des dystrophies, des tares que lui a créées l'hérédité spéciale et qu'elle pourra transmettre par hérédité simple, contre lesquelles les médicaments spécifiques resteront sans effet. C'est un exemple de déchéance rapide de la race par la syphilis bénigne et non traitée.

Deux cas de lichen scrofulosorum chez l'enfant; nature tuberculeuse de l'affection.

Par M. HAUSHALTER.

La rareté du *lichen des scrofuleux* dans l'enfance, et d'autre part l'obscurité qui règne encore en partie au sujet de la nature des manifestations cutanées, groupées sous le nom de *tuberculides*, m'autorisent à faire connaître les 2 cas suivants, dont je résumerai l'histoire sans grands commentaires :

OBSERVATION I. — C. T..., 12 ans.

Père, 38 ans, bien portant. Mère, 34 ans, a toussé de 25 à 30 ans ; actuellement bien portante. Deux enfants.

Varicelle à l'âge de 4 ans ; rougeole à 11 ans ; a toussé pendant plusieurs mois à la suite de la rougeole ; depuis cette rougeole, écoulement de l'oreille gauche ; un mois après cette rougeole a débuté l'éruption actuelle, qui ne s'est guère modifiée depuis cette époque.

Se présente à la clinique des enfants le 19 février 1897.

État du 19 février 1897. — Garçon grand et fortement charpenté ; état général bon. Aspect lymphatique ; peau des membres rugueuse, râpeuse ; cils longs ; système pileux développé dans le dos ; aux angles de la mâchoire inférieure, ganglions durs, mobiles ; écoulement d'odeur fétide et assez abondant par l'oreille gauche. Respiration normale.

Sur le tronc, existent 50 à 60 éléments papuleux, variant du volume d'un grain de millet à celui d'un grain de chênevis, un peu aplatis, rosés, généralement recouverts à leur centre d'une croûte cornée, ou d'une squame épidermique.

Les mêmes éléments existent sur les membres supérieurs du côté de l'extension, au nombre d'une vingtaine à gauche, d'une dizaine à droite. Au niveau de l'apophyse styloïde du radius gauche, se trouve une papule rose, sèche, cornée, large comme une pièce de vingt centimes ; au niveau du coude gauche, une papule de même dimension recouverte d'une carapace épidermique.

A la face, on voit une trentaine environ de papules analogues à celles

du tronc et des membres. On en voit également quelques-unes très discrètes aux membres inférieurs.

Le 23 février, un cobaye est inoculé dans la paroi abdominale avec le produit de raclage de plusieurs nodules recueillis aux bras à l'aide de la curette ; il meurt le 6 juin, c'est-à-dire au bout de 3 mois 1/2 ; nous trouvons des tubercules caséux dans la paroi abdominale, une infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons.

Le 5 mars, inoculation à un cobaye du produit de raclage de nouvelles papules ; le cobaye meurt le 15 août, c'est-à-dire au bout de 5 mois, avec de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, du mésentère, des poumons.

L'enfant est revu le 21 juin 1897, après avoir été soumis à un traitement général antiscrofuleux, et à un traitement local pour son otite ; quelques papules se sont affaissées et sont en voie de disparition ; l'écoulement de l'oreille a tari ; les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume.

OBSERVATION II (1). — Rose S..., entre en mars 1896, à l'âge de 5 ans, à la Clinique des enfants. L'affection actuelle a débuté en automne 1895, à la suite de la rougeole.

État en mars 1897. — Fillette de constitution assez délicate, blonde, un peu rachitique, inerte ; extrémités habituellement froides et violacées ; ganglions sous-maxillaires durs, développés.

Il existe deux sortes d'éléments éruptifs, constitués les uns par de petites papules, les autres par des nodosités et des tubérosités.

Les *petites papules* ont des dimensions variant depuis celles d'un grain de chênevis à celles d'un grain de millet ; elles sont roses, assez aplatis, recouvertes à leur centre par une petite croûte ou un petit capuchon épidermique ; ces papules existent au nombre d'une trentaine environ à la face, d'une quarantaine sur le tronc, d'une dizaine environ sur chacun des membres inférieurs et supérieurs et sont situées surtout du côté de l'extension. A côté des petites papules, on voit de petites cicatrices rosées ou blanches, à peine déprimées, du diamètre d'une grosse tête d'épingle ; ces petites cicatrices sont surtout nombreuses à la face, où nous en comptons une dizaine, et sur le tronc où nous en voyons une cinquantaine ; on peut saisir toutes les transitions entre les papules saillantes, les papules affaissées, les cicatrices rosées maculeuses et les petites cicatrices blanches.

En même temps que les petites papules, nous voyons des éléments éruptifs plus volumineux, qui sont de deux espèces : 1^o *des nodosités intra-dermiques et sous-cutanées*, variant du volume d'une lentille à celui d'un pois, au niveau desquelles la peau est violacée, squameuse ; ces nodosités paraissent être de petites gommes ; on en compte une au bras gauche à sa partie postérieure, deux à l'avant-bras gauche, une autre au bras droit ; 2^o *de petites tubérosités* saillantes du volume d'un pois, violacées, recouvertes d'une carapace épidermique d'aspect verruqueux ; on en voit une à la face interne du poignet droit, une sur le dos de la main droite, une autre à la

(1) La petite malade de cette observation a été présentée à la Société de médecine de Nancy le 27 mai 1896.

face interne de la deuxième phalange de l'index droit, deux autres sur le genou droit. En même temps que ces nodosités et ces tubérosités, on observe des cicatrices blanches arrondies, grandes comme une pièce de vingt et de cinquante centimes, au genou droit et à la jambe gauche.

Un cobaye, inoculé le 13 mars 1896, dans le péritoine, avec le produit du raclage de plusieurs petites papules, obtenues avec la curette tranchante, meurt le 7 juin, c'est-à-dire au bout de trois mois, avec de la tuberculose caseuse du péritoine et des ganglions mésentériques, et de l'infiltration tuberculeuse de la rate, du foie, des poumons.

Un autre cobaye, inoculé sous la peau avec le produit de raclage des tubérosités du poignet et du doigt de la main droite, meurt au bout de six semaines, avec des lésions tuberculeuses au niveau du point d'inoculation, dans le mésentère et dans la rate.

L'enfant, soumis à un traitement général antiscrofuleux, est revu de temps en temps pendant deux ans ; les petits éléments éruptifs existant lors du premier examen, s'affaissent petit à petit, sont remplacés progressivement par de petites cicatrices blanches. Les nodosités, ou petites gommes, disparaissent ou s'ouvrent à l'extérieur.

En décembre 1898, état général bon ; même tendance au refroidissement des extrémités ; blepharite ciliaire ; quelques ganglions à l'angle de la mâchoire ; il n'existe plus sur la face que deux petites papules et six à huit sur les deux bras ; le tronc n'en présente plus ; la face et le tronc sont parsemés de petites cicatrices rondes, rosées ou blanches, du diamètre d'une tête d'épingle ; à la place des petits noyaux intra-dermiques, existent des cicatrices blanches ; les tubérosités sont presque totalement affaissées.

Je me bornerai à signaler dans ces deux observations les faits dignes d'attention. Dans les deux cas l'éruption existait à la face, en même temps que sur le tronc et sur les membres ; dans les deux cas, débute à la suite de la rougeole ; dans les deux cas, la lésion se présentait sous l'aspect de petites papules roses, recouvertes à leur centre de croûtelles épidermiques ; jamais on n'observa de suppuration nette des papules ; chez la petite malade de l'obs. II, qui put être suivie pendant deux ans, on vit, dans cet espace de temps, la plupart des papules s'affaïsser petit à petit en laissant à leur place de minuscules cicatrices déprimées.

Dans les deux cas, l'éruption s'accompagna de manifestations scrofulo-tuberculeuses : dans l'obs. I il existait une otite chronique avec adénopathie du cou ; dans l'obs. II, une adénopathie du cou et des lésions cutanées répondant à la gomme tuberculeuse, et que l'inoculation au cobaye démontre d'ailleurs être de nature tuberculeuse.

Des inoculations faites au cobaye avec les petites papules enlevées à la curette après les précautions usuelles, ont dans les deux cas causé la tuberculose du cobaye. Dans l'obs. I, deux cobayes inoculés

avec des produits de raclage de petites papules recueillis à 15 jours d'intervalle, sont morts tuberculeux, l'un au bout de 3 mois 1/2, l'autre au bout de 5 mois. Dans l'obs. II, le cobaye inoculé avec le produit de raclage des papules, a succombé en 3 mois ; le bacille de Koch a été décelé dans les lésions de ces 3 cobayes. Leur survie après inoculation a été relativement longue, comme il arrive habituellement dans la tuberculose expérimentale conférée avec des lésions de tuberculose cutanée.

De ces expériences je crois pouvoir conclure dans le sens de ceux qui affirment la *nature tuberculeuse* du lichen des scrofuleux.

Syphilide achromique du cou.

Par MM. FOURNIER et HAURY.

Jeune syphilitique âgée de 18 ans, ayant contracté la syphilis il y a huit mois. Six semaines à deux mois après le chancre initial, apparition de syphilides secondaires muqueuses et cutanées ; ces dernières sous forme d'une éruption papuleuse discrète dont quelques éléments se sont effacés sans laisser de traces, mais dont le plus grand nombre ont laissé comme vestiges des macules brunâtres siégeant principalement à la racine du front, au cou, à la ceinture scapulaire et quelques-unes sur les bras et la face interne des cuisses. En ce moment, la malade est en pleine période secondaire et présente des accidents muqueux généralisés qui n'ont rien de spécial.

Le point intéressant de l'observation est la présence, chez cette malade, d'une syphilide pigmentaire, de modalité particulière. Elle consiste en une nappe grisâtre très marquée à la nuque et s'étendant, en affaiblissant sa teinte, sur les parties latérales et antérieure du cou, pour se perdre insensiblement sur la partie supérieure du dos et de la poitrine. Cette nappe grisâtre n'est pas uniforme ; elle offre, en effet, sur toute sa surface des placards achromiques de diamètre variant de celui d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 1 franc. Fait particulier : ces placards achromiques entourent comme une lunule les macules brunes, vestiges de l'éruption papuleuse précédemment signalée. Cette disposition apparaît d'une façon extrêmement nette, sur les côtés du cou, rappelant certaine conception de la syphilide pigmentaire encore admise par quelques syphiligraphes étrangers.

Certaines macules de la racine du front, des bras et des cuisses, présentent, elles aussi, une lunule dépigmentée périphérique, mais à un degré beaucoup moins marqué qu'au niveau du cou. Notons enfin, dans l'étendue de la nappe pigmentaire de la nuque, quelques plaques achromiques de petites dimensions, qui ne paraissent avoir été précédées d'aucune efflorescence spécifique et qui rentrent dans le cadre de la syphilide pigmentaire normale.

M. DARIER. — La peau est divisée en territoires distincts par les cônes

vasculaires d'irrigation directe, ces territoires, plus ou moins arrondis, étant séparés par un réseau d'irrigation anastomotique. On admet que les syphilides éruptives, érythémateuses et papuleuses, se développent au centre des territoires vasculaires directs, tandis que la syphilide pigmentaire occupe au contraire le réseau intermédiaire. Le cas actuel, quoique exceptionnel, fournit une démonstration très nette de la vérité de cette conception.

Eczéma généralisé consécutif à la résection de varices du membre inférieur gauche.

Par M. ALEX. RENAULT.

Le malade que j'ai l'honneur de vous montrer est atteint d'un eczéma généralisé. La rougeur des téguments, le suintement, les squames, les croûtes, ne laissent aucun doute à cet égard.

On remarque en outre, en examinant un peu plus attentivement le sujet, un certain degré d'atrophie du membre inférieur gauche, des cicatrices linéaires échelonnées le long de la veine saphène interne et enfin une cicatrice en cupule, du diamètre d'une pièce de 5 francs en argent, dans le voisinage de la malléole interne.

Assurément, ce n'est pas à cause de l'éruption que je vous présente ce malade. Il s'agit d'un eczéma vulgaire, banal, indigne de retenir votre attention. Mais c'est en raison des conditions dans lesquelles s'est développée cette dermatose et des problèmes de pathologie générale, aussi bien que de thérapeutique qu'elle soulève.

Voici en deux mots l'histoire de mon malade :

Il était porteur de varices aux membres inférieurs, avec prédominance très marquée à gauche.

Sous l'influence de ces varices, s'était développé, dans le voisinage de la malléole interne, un ulcère, dont je viens de vous montrer la cicatrice.

Cet ulcère, qui datait de la guerre de 1870, gênait beaucoup le sujet pour l'accomplissement de son métier (il est mégissier). Sans doute quand il prenait du repos et appliquait des topiques, la perte de substance se rétrécissait et tendait vers la cicatrisation, sans cependant parvenir à la réaliser. Mais à peine s'était-il remis au travail que l'ulcère revenait à ses dimensions premières avec la gêne et les douleurs que comporte semblable lésion.

Bref, le patient réclamait instamment une guérison définitive et dans ce but il entra à l'hôpital Cochin au mois de janvier dernier.

La résection de la veine saphène interne fut décidée et l'opération pratiquée le 8 avec un plein succès, ainsi que vous avez pu le constater. Le malade sortit parfaitement guéri le 8 février.

Mais dès le mois de mars paraissait à la jambe droite, c'est-à-dire du côté opposé au membre atteint, les premières plaques eczémateuses, et

rapidement l'éruption se propageait pour prendre l'extension dont vous venez d'être témoin.

Eh bien ! je dis, Messieurs, que ce cas soulève un problème de pathologie générale et de thérapeutique. N'est pas variqueux n'importe qui. Assurément il y a des varices de cause mécanique, celles des femmes enceintes, des blanchisseuses, des facteurs de la poste ; bref, des individus que leurs occupations obligent à la station prolongée et répétée. Mais il faut bien reconnaître que les varices des membres inférieurs, aussi bien que les hémorroïdes, se rencontrent surtout chez les sujets entachés de cette diathèse, dénommée arthritisme, que l'on a trop de tendance, selon moi, à délaisser de nos jours.

Quoi qu'il en soit, on ne peut nier qu'un bon nombre d'individus présentent du côté de la peau, du côté des viscères, du système circulatoire ou de l'appareil locomoteur une série de manifestations morbides, qui coexistent, alternent ou se succèdent les unes aux autres.

Il était juste de donner un nom à ce complexus symptomatique et celui d'arthritisme a été consacré par l'usage.

Or, la dilatation précoce et permanente des veines est un de ces actes morbides. Il est donc rationnel de conclure que notre malade est un arthritique, car il n'est pas nécessaire, pour porter la signature de la diathèse, d'offrir l'ensemble des états morbides qui la caractérisent. Un seul de ces états suffit, les varices par exemple. C'est d'ailleurs le seul que présente notre malade. Mais si l'on veut acquérir une conviction plus positive de sa tare arthritique, cherchons dans ses antécédents héréditaires, nous apprendrons que sa mère et ses sœurs étaient affligées de migraines périodiques.

Eh bien, qu'arrive-t-il souvent lorsqu'on supprime une des expressions morbides de l'arthritisme ? L'expérience de nos devanciers nous l'a appris : une répercussion plus ou moins violente sur un autre organe ou vers un autre viscère.

A notre avis, c'est ce qui est arrivé chez notre malade. Antérieurement, il n'avait jamais été atteint de dermatose ; vous supprimez ses varices et guérissez son ulcère. Vous en voyez les conséquences.

J'ai dit en outre que ce cas soulevait un problème très intéressant de thérapeutique.

Faut-il intervenir de façon à supprimer complètement une lésion ancienne, en dépendance notoire avec une diathèse, ou chercher seulement à pallier ses funestes effets ?

La réponse à cette question doit être, il me semble, qu'entre deux maux, il faut choisir le moindre.

Si les moyens palliatifs, c'est-à-dire la simple compression, dans le cas particulier ne peuvent qu'être insuffisants, il faut intervenir,

mais à la condition de prévenir l'intéressé de toutes les conséquences possibles de la cure opératoire.

En cas de répercussion, votre client n'aura aucun reproche à vous faire.

Agir autrement serait encourir une responsabilité qui peut être sérieuse et s'exposer à la critique soudaine et plus irréfléchie que mal intentionnée, j'aime à le croire, de confrères appelés à voir ultérieurement le malade.

Dermite professionnelle et syphilide psoriasiforme.

Par M. ALEX. RENAULT.

En dermatologie, il faut se méfier des coïncidences morbides. Elles sont plus fréquentes qu'on ne pourrait le croire. Ainsi j'ai présenté ici-même, il y a quelques années, une malade atteinte de pityriasis rosé et simultanément de syphilis secondaire; à peu de temps de là, une autre malade, chez laquelle on pouvait constater à la fois des accidents spécifiques tertiaires et un lichen plan de Wilson.

Permettez-moi de vous montrer un nouvel exemple de ces coïncidences morbides, qui, si le sujet n'est examiné très attentivement, échappent au médecin et peuvent avoir pour conséquence une insuffisance thérapeutique, très préjudiciable au malade.

Voici un homme âgé de 30 ans, plombier de son état. Veuillez examiner ses mains, vous reconnaîtrez d'emblée à la main gauche des lésions eczématiformes. A la face dorsale et aux doigts de la main droite, mêmes lésions. Mais regardez de très près la paume de cette main. Au lieu de constater, comme tout à l'heure, des plaques ou des nappes rouges, suintantes, squameuses, prurigineuses, vous trouvez des îlots secs, constitués par des squames stratifiées, bordés par une cassure épidermique et ne provoquant que très peu de démangeaisons; bref, vous avez l'impression d'une lésion psoriasique.

Le siège dans la paume de la main, l'unilatéralité du processus vous portent d'emblée à soupçonner une syphilide psoriasiforme.

Bientôt votre hypothèse se transforme en certitude, grâce aux commémoratifs et à l'examen complet du malade.

Voici en effet l'histoire très intéressante de notre homme :

Il est atteint de syphilis depuis 10 ans. Le traitement suivi a été tout à fait insuffisant : au début, douze injections d'oxyde jaune de mercure, à raison d'une par semaine. Puis après deux ans de suspension, le malade a pris pendant deux mois de l'iode de potassium et, les deux mois suivants, du sirop de Gibert. Là, s'est bornée la médication spécifique qui vient seulement d'être renouvelée.

Les lésions psoriasiformes de la main droite ont débuté il y a huit ans

et persistent depuis, sans modification appréciable, ne causant ni gêne, ni prurit réels.

La nature de ces lésions est encore confirmée par l'existence de cicatrices pigmentées, d'apparence franchement spécifique, à la partie inférieure de la jambe gauche.

Tout autre est l'origine du processus eczémateux, qui, lui, ne date que de quelques mois et est advenu dans les circonstances suivantes :

Vers la fin de décembre 1897, le malade, pressé de terminer un travail dont on l'avait chargé, a dû se servir, contre son habitude, de ciment romain, matière argilo-calcaire très irritante.

Au bout de très peu de jours apparaissaient les plaques suintantes et prurigineuses que je viens de vous montrer.

Vous voyez combien il importait, au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, de distinguer la double lésion dont ce malade est porteur aux mains. La plus ancienne, rebelle, tenace, nécessitera, pour se guérir, une médication interne et externe, à la fois énergique et prolongée, sous peine de récidives incessantes ; la seconde, au contraire, ne demande qu'à disparaître ; la suspension de la cause provocatrice et quelques pommades astringentes en feront rapidement justice.

Syphilide pigmentaire de forme rare, première manifestation d'une syphilis héréditaire tardive.

Par M. GÉMY.

Les observations de syphilis héréditaire à manifestations tardives deviennent de plus en plus nombreuses, et il ne se passe pas de jour qu'il n'en soit parlé dans une Société médicale en France et à l'étranger, ou qu'il n'en soit publié quelques cas dans un journal de médecine.

Aussi, lorsqu'on se décide à faire connaître une de ces observations que l'on croit intéressante à un titre quelconque, risque-t-on fort de n'ajouter au chapitre de l'héréo-syphilis qu'une unité banale qui n'a que la valeur d'une expression arithmétique.

Je crois cependant que l'histoire que je vais raconter n'est pas commune et, dans mes recherches un peu restreintes il est vrai, je n'ai rien trouvé, dans la littérature spéciale, qui puisse lui être comparé. C'est à ce titre que je la crois intéressante, instructive et digne d'être communiquée à la Société de dermatologie.

Voici le fait :

L'enfant Félix Sub..., âgé de 9 ans, entre, le 7 octobre 1895, à l'hôpital de Mustapha, dans le service de mon regretté collègue et ami le Dr Caus-sanel, chargé de la clinique complémentaire des maladies des enfants, pour un double entropion.

C'est un enfant chétif, débilité, malingre, aux cheveux noirs et fournis, assez grand pour son âge mais aux membres grêles.

En l'examinant, le Dr Caussanel remarque, disséminées sur la surface du corps, des taches pigmentées sur la nature desquelles il me pria de lui donner mon avis.

Le 26 octobre je constate : une alopécie des sourcils très prononcée à leur partie interne. L'enfant ouvre difficilement les paupières qui sont atteintes d'un entropion qui a dépoli et ulcétré la cornée.

Sur les bras et à leur partie externe, existent trois placards de la dimension d'une pièce de cinq francs, à peu près circulaires mais à bords un peu irréguliers. Ces placards sont constitués par une partie centrale légèrement achromique, c'est-à-dire d'une coloration plus pâle que celle de la peau normale, partie centrale circonscrite par une zone pigmentée, couleur café au lait à nuances plus ou moins foncées et d'une largeur de 2 à 4 millimètres. Sur la partie centrale achromique persistent quelques taches lenticulaires d'une coloration semblable à celle de la bordure.

Ces placards ont pour origine une tache pigmentée de la dimension d'une lentille, tache qui s'accroît petit à petit pour arriver aux dimensions que je viens d'indiquer. A ce moment la pigmentation disparaît à la partie centrale qui devient achromique et présentant encore quelques flots pigmentés non encore résorbés comme la zone de bordure.

On surprend ce développement des taches et cette formation des placards surtout sur les membres inférieurs. Sur ceux-ci, en effet, existent des taches dont la dimension varie de celle d'une lentille à celle de la paume de la main. Quelques-unes d'entre elles sont nettement érythématouses, mais elles ne tarderont pas à se pigmenter comme les autres. En progressant, quelques-unes d'entre elles se rejoignent, se pénètrent et deviennent alors des placards de grande dimension qui présentent les formes les plus variées, mais toujours géométriques.

La région fessière gauche est envahie par un de ces placards constitué par une partie centrale pigmentée entourée d'une zone de bordure de cinq centimètres de large complètement achromique. Celle-ci est elle-même circonscrite par une troisième zone de forme annulaire et pigmentée comme la partie centrale, si bien qu'on a devant les yeux une immense cocarde.

Sur la partie moyenne de la cuisse gauche, un autre placard représente, par la juxtaposition de taches initiales, un gigantesque as de trèfle.

Sous tous ces placards, sous toutes ces taches la peau est parfaitement souple, ne présente aucune trace d'infiltration et, à part la pigmentation et l'achromie, est anatomiquement tout à fait normale.

Du reste, pour compléter cette description forcément insuffisante, j'ai l'honneur de faire passer sous les yeux de mes collègues, les photographies de ce jeune malade, photographies prises par mon ami et collaborateur le Dr H. Vérité, le jour même de l'examen dont j'expose le résultat et qui rendent un compte autrement exact des lésions dont je viens d'exquisir le tableau.

Sur quelques-unes de ces taches et sur leur partie achromique, on remarque quelques petites cicatrices de la dimension d'une pièce de vingt centimes en argent à celle d'une pièce de un franc. Ces cicatrices sont déprimées, blanchâtres et très minces. Leurs bords sont nettement des-

sinés, parfaitement réguliers. Je ne trouve, au moment de mon examen, aucune lésion élémentaire en activité pouvant me renseigner sur leur origine. Sur aucun point du corps je ne trouve trace de papule, de vésicule, de pustule ou de bulle. D'ailleurs la mère nous affirme que ces taches n'ont jamais été humides. Sur la face et le cuir chevelu se trouvent de nombreuses cicatrices lenticulaires, résidu d'une variole dont je parlerai tout à l'heure.

Toutes ces taches ont conservé leur sensibilité normale et ne présentent ni anesthésie ni hyperesthésie.

Les organes internes sont sains.

A l'époque où j'examinais ce malade, je m'occupais beaucoup de la lèpre et je fus frappé de la ressemblance que présentaient ces lésions avec celles qui sont reproduites sur la planche 2 du *Traité de la lèpre* du professeur Leloir : mêmes dimensions des placards, même irrégularité de leurs bords, même coloration des taches et de la zone de bordure, mêmes lésions élémentaires ressemblant à celles du lentigo, la pensée que j'avais affaire à une lèpre maculeuse devait naturellement me venir à l'esprit.

Et cependant rien dans les antécédents de cet enfant, dont les parents sont originaires de l'Ariège et depuis plus de trente ans en Algérie, rien dans le quartier qu'il a toujours habité au point de vue de la contagion, ne venait confirmer ce diagnostic.

J'ouvre ici une parenthèse : Depuis l'époque où ces notes ont été recueillies, j'ai constaté, dans ce quartier, la présence de deux cas de lèpre tuberculeuse ; un surtout est intéressant en ce qu'il est fourni par une femme âgée de 17 ans, née à Blida de parents d'origine espagnole. Elle a fait le sujet de la IV^e observation que le Dr Glorge a insérée en 1889 dans sa thèse magistrale sur la lèpre en Algérie ; elle avait été contaminée dans son enfance par sa grand'mère lèpreuse qui l'élevait.

Revenant à l'histoire de mon jeune malade, j'ajoute qu'il ne présentait aucune plaque d'anesthésie, ni atrophie des éminences ou des interosseux, ni nodosités du cubital.

Le diagnostic de lèpre devait donc être écarté.

Il ne fallait pas songer non plus à une dermatose quelconque : lichen, pityriasis rubra, eczéma, vitiligo, morphée, xeroderma pigmentosum, etc. ; les lésions constatées ne présentant aucun des éléments constitutifs de ces affections.

Ces taches ne présentaient aucun phénomène subjectif. Il n'y avait ni sensation de brûlure ou de prurit, la vue seule permettant d'en constater l'existence.

Restait la syphilis.

Du côté des parents je relève les renseignements suivants :

La mère est âgée de 39 ans, elle n'a jamais eu de *mauvaise maladie*.

Elle a eu une péritonite à la suite de sa première couche, péritonite qui a guéri en trois semaines. Elle n'a pas fait d'autres maladies. Je n'ai trouvé sur elle ni cicatrices, ni résidu quelconque d'une syphilis antérieure.

Le père n'a jamais eu de boutons sur le corps, mais il a fait plusieurs bronchites et il est actuellement (octobre 1875) en traitement à l'hôpital pour une pneumonie. Je dois ajouter, pour n'avoir plus à y revenir, qu'il est mort de tuberculose en janvier 1898.

Ils sont mariés depuis 16 ans et ont eu quatre enfants : deux garçons et deux filles; il n'y a *jamais eu de fausse couche*.

De ces quatre enfants, les deux filles sont mortes, l'aînée, d'une méningite à l'âge de 18 mois ; la seconde, de la variole à l'âge de cinq ans. Les deux garçons sont vivants ; le plus jeune âgé de quatre ans a toujours été bien portant jusqu'à ce jour ; l'autre, notre malade, âgé de neuf ans, a eu la variole il y a six ans, en même temps que sa sœur. Les deux enfants n'avaient jamais été vaccinés, parce que, me dit la mère, le vaccin avait fait mourir une de ses nièces.

Du côté de l'enfant, j'apprends, toujours par la mère, que ce sont les pustules varioliques qui ont occasionné l'entropion pour le traitement duquel il a déjà fait plusieurs séjours à l'hôpital. C'est à cette époque également que remonte l'apparition des taches pigmentaires que je viens de décrire.

Cet enfant ne présente aucun stigmate de syphilis héréditaire. La tête est bien conformée, il n'existe pas d'asymétrie faciale, pas d'otorrhée ni ancienne ni récente ; les dents sont au complet, bien plantées et ne sont atteintes d'aucune malformation. Le nez est aquilin et bien fait, la voûte palatine peut-être un peu bombée. Pas de cicatrices sur le corps autres que celles que j'ai signalées, et sa mère m'affirme formellement que, ni au moment de la naissance ni dans les mois suivants, l'enfant n'a présenté de rougeurs, de boutons, d'érosion ni sur la face ni sur les autres parties du corps. Les tibias sont normaux. D'ailleurs la photographie, prise à ce moment, témoigne de l'intégrité du squelette.

C'est un strumeux, candidat de la tuberculose, mais je ne lui trouve aucune tare que je puisse attribuer à l'hérédité syphilitique, et les antécédents morbides de ses parents n'offrent aucune particularité qui puisse être attribuée à la syphilis.

La conclusion de ces recherches négatives fut que j'ignorais de quel nom je devais qualifier l'affection qui m'était présentée, et le malade fut soigné pour son ophtalmopathie.

Dans les commencements de 1897, je revis encore une fois ce jeune malade quoique, dans l'intervalle, il eût fait plusieurs séjours à l'hôpital, entre autres en février 1896, pour une bronchite. Pendant qu'il faisait cette bronchite, il perdit son œil gauche qui se vida sans doute à la suite de la perforation de la cornée, je n'ai pu avoir de renseignements sur ce point. En février 1897 donc, lors de mon deuxième examen, je ne pus rien constater de nouveau, les taches seulement avaient peut-être revêtu une teinte un peu plus accentuée.

Dans les premiers jours de janvier 1898, je fus invité à revoir cet enfant qui venait de se faire hospitaliser pour la septième fois depuis 1893, mais cette fois porteur de lésions qui avaient tout à fait fixé le diagnostic.

En effet, les anciennes lésions déjà décrites n'avaient subi aucune modification, mais il en était survenu de nouvelles absolument typiques : les tibias avaient considérablement augmenté de volume et pris la forme de lame de sabre classique, ainsi que le montre la photographie. Lorsqu'on compare la photographie prise en octobre 1895 et celle de février 1898, on peut constater cette importante modification. Les membres inférieurs portaient quelques gommes ulcérées, des tubercules s'étaient développés sur la face, et la voûte palatine était devenue ogivale, avec crête osseuse médiane de deux à trois millimètres de hauteur. De plus, un des placards pigmentaires de la cuisse droite présentait une cicatrice blanchâtre d'ulcération gommeuse en nappe actuellement guérie.

Le diagnostic s'imposait, et M. le professeur Curtillet, qui a succédé au Dr Caussanel, avait déjà fait faire une injection de calomel à trois centigrammes.

La deuxième photographie a été prise en février 1898, après la quatrième injection.

Si on compare les deux photographies prises à deux ans et demi d'intervalle, on peut voir que sur la deuxième les taches pigmentaires présentent une teinte très atténuée et presque complètement effacée sur certaines d'entre elles.

Ce jeune et intéressant malade est sorti de l'hôpital le 10 mars 1898, après avoir reçu six injections, à peu près guéri de sa kératite et de son entropion ; les gommes sont cicatrisées, les taches pigmentaires ont à peu près toutes disparu, seules les lésions du squelette n'ont pas été influencées par le traitement qui aurait dû être poursuivi plus longtemps, ce qui n'a pu être fait, la mère ayant voulu reprendre son enfant.

Ce que je veux retenir de cette observation dont l'intérêt, je l'espère du moins, excusera la longueur, c'est que :

1^o Les premières manifestations d'une héréo-syphilis, méconnue pour les nombreuses raisons que j'ai examinées, se sont produites à l'âge classique de 6 ans mais après une atteinte de variole, sous la forme d'une syphilide pigmentaire d'aspect absolument insolite et d'une ophtalmopathie double dont l'apparition, après une variole qui avait surtout intéressé la face, a égaré le diagnostic étiologique.

2^o Que cette syphilis héréditaire continuant à évoluer, puisqu'il ne lui avait pas été opposé de traitement spécifique, a produit ses autres manifestations à l'âge de 11 ans, mais alors avec tous les caractères classiques qui ont rendu possible un diagnostic ferme.

Peut-être est-il permis de tirer un enseignement de cette observation. Lorsqu'on se trouve en présence d'une dermatose à forme insolite chez l'enfant et même chez l'homme adulte, il faut toujours penser, comme étiologie, à l'héréo-syphilis malgré l'absence absolue de stigmates spécifiques aussi bien chez le malade que chez ses parents.

Il est certain que si je m'étais inspiré de cette vérité, qui peut paraître banale, j'aurais pu au moment de mon premier examen consulter le traitement d'épreuve qui aurait certainement empêché l'apparition des lésions osseuses, gommeuses et tuberculeuses survenues ultérieurement et conservé son œil à ce malheureux enfant.

Note sur l'histologie des scarifications et leur réparation.

Par MM. CH. AUDRY et THÉVENIN.

Voici quelques renseignements relatifs au processus histologique suivant lequel se réparent les scarifications linéaires de la peau. On sera peut-être amené ultérieurement à les rapprocher des travaux nombreux qui ont pour but l'étude de la cicatrisation; en particulier on devra les comparer aux résultats déjà obtenus et publiés par Ranvier au cours de ses recherches sur la réparation des épithéliums. Nous désirons seulement ici fournir aux dermatologues des notions exactes sur une intervention que tous pratiquent quotidiennement et qui n'est pas suffisamment connue dans ses détails d'anatomie et de physiologie.

Les scarifications ont été exécutées avec des scarificateurs lancéolés, d'acier chromé, très mince, que nous avons fait fabriquer pour notre usage. Elles occupaient la peau du sein de deux femmes atteintes de carcinome mammaire et qui allaient être opérées. Elles étaient parallèles ou quadrillées. Quand les pièces furent fixées (immédiatement après l'ablation de la mamelle), les scarifications dataient de : 1 heure, 24 heures, 48 heures, 3 jours, 4 jours.

Les pièces furent fixées : partie par le Flemming, partie par l'alcool fort, incluses dans la paraffine (après passage dans l'essence de cèdre) et coupées en série.

Coloration : safranine et vert brillant ; liquide de Ziehl et vert brillant ; méthode de Weigert. — Bleu polychrome, orange et Wasserblau et fuchsine au tannin.

Nous devons d'abord déclarer que toutes les scarifications ne se comportent pas d'une manière absolument pareille. De même que leur profondeur et leur direction initiales varient, de même il peut exister quelques variations dans l'activité de leur réparation. Néanmoins, nous pensons qu'on peut considérer comme très générales les quelques données que nous fournissons ici.

Après 1 heure. — A ce moment on peut surtout prendre connaissance des désordres mécaniques entraînés par l'action du scarificateur.

Chaque scarification apparaît comme une division nette, le plus souvent oblique par rapport à la direction générale de l'épiderme, quelquefois, à peu près perpendiculaire. Sa profondeur varie peu ; généralement elle atteint à peine le derme sous-papillaire et s'arrête au niveau du plan vasculaire.

Dans l'épithélium, il faut se demander si la section porte sur les cellules mêmes ou si elle glisse entre les cellules. Il est manifeste qu'elle porte en plein corps cellulaire. Parfois elle sépare un tout petit fragment de protoplasma du bloc cellulaire. Ce fragment se reconnaît très bien, et le ciment intercellulaire qui l'unit aux cellules voisines présente encore fort bien les filaments unitifs (pointes de Schultze). En général, il ne semble pas qu'aucun changement se soit effectué dans les cellules du voisinage : en d'autres termes, aucun processus de contractilité ou mieux de rétraction protoplasmique n'apparaît par l'examen soigné du ciment. On note cependant que les noyaux immédiatement adjacents à la section sont plus petits, plus ronds, plus colorés, comme rétractés. Nulle part, nous n'avons vu de noyau atteint directement, divisé ou mutilé.

Dans le derme, la fente se prolonge, généralement un peu plus large qu'à travers l'épithélium.

Dans l'épithélium, il y a purement et simplement perte de substance ; dans le derme, cette perte de substance se remplit mais très incomplètement. D'ordinaire on y trouve seulement quelques coagula mal définis, semés de gouttes graisseuses très fines. Rarement, tout à fait au fond, nous avons découvert des amas de globules rouges récents. Il est très probable que cette vacuité est due à ce que l'on a vidé les fentes du sang qu'elles contiennent quand on a lavé et désinfecté la région qui allait être opérée.

Après 24 heures. — Au bout de 24 heures, les bords de la section de l'épithélium sont réunis. On voit ce qui suit :

1^o Extérieurement à la couche cornée même, on note souvent, sinon toujours, l'existence d'une sorte de clou fibrineux fortement coloré par tous les réactifs, de structure feuillettée, à peu près complètement dépourvu de tout élément cellulaire. Il déprime légèrement l'épiderme au niveau du point où portait la section.

2^o L'épithélium même, nous venons de le dire, est réuni. C'est la couche épineuse qui est le siège de cette soudure. Les cellules sont revenues au contact les unes des autres. Elles sont arrondies, fortement vacuolées. Il est très difficile de bien voir à ce moment les filaments unitifs ; les éléments sont tassés assez irrégulièrement ; ils ont comme coulé les uns sur les autres ; ils se sont éboulés, pour employer une expression utilisée par Ranzier.

Cette réunion a lieu sur toute l'épaisseur de l'épiderme ; même celui-ci tend à présenter une sorte d'invagination pseudo-papillaire dans la cavité par la scarification dans le derme.

La limite inférieure de l'épithélium est irrégulière, dentelée suivant les cellules ; celles-ci sont arrondies, séparées les unes des autres par des filaments d'exsudats fibrineux qui leur font comme des alvéoles. On ne peut pas retrouver de trace de membrane vitrée.

3^o La fente du derme est assez large, immédiatement au-dessous de

l'épithélium ; elle est mal remplie par ce coagulum fibrineux alvéolé que nous avons vu entrer au contact des derniers plans de cellules muqueuses. Les éléments cellulaires y sont rares. Cependant on remarque que le fond même de la scarification s'est rétréci. Les capillaires et les lymphatiques voisins présentent des signes de diapédèse active. Quelques cellules détachées de l'épiderme s'enfoncent dans la profondeur.

Ainsi la réunion est faite après 24 heures dans l'épithélium et c'est par lui qu'elle débute.

Après 48 heures. — Tous les phénomènes que nous venons de signaler s'affirment et se développent.

1^o L'épithélium dans ses plans moyens est presque revenu à la normale ; les pointes de Schultze sont déjà très apparentes. L'invagination pseudo-papillaire se poursuit, et une sorte de bouchon épithéial s'enfonce dans la profondeur, contribuant ainsi pour une large part à obliterer la fente du derme. Il n'y a toujours pas de basale appréciable. Les cellules des plans les plus inférieurs sont dissociées, ou mieux, réunies par des alvéoles fibrineux. L'examen des mitoses ne nous a pas non plus fourni des renseignements bien nets. Cependant on peut affirmer que les figures de division sont beaucoup plus nombreuses que d'ordinaire dans les cellules de la couche cylindrique génératrice qui répondent au voisinage immédiat de la scarification.

A ce moment les couches cornées sont complètement rétablies.

2^o La fente du derme se rétrécit dans la profondeur ; elle est maintenant complètement remplie partie par la dépression de l'épithélium, partie par le coagulum ; celui-ci se tasse, se serre. Il y a au pourtour une diapédèse un peu plus active.

Les cellules épithéliales aberrantes dans le fond sont plus nombreuses.

Après 3 jours. — 1^o L'état de l'épithélium est sensiblement le même. Il serait normal si la basale était reconstituée. Mais les cellules profondes sont toujours au contact immédiat du coagulum intra-dermique.

2^o La fente du derme est considérablement diminuée ; le coagulum persiste, mais plus dense et moins étendu.

Ce qui frappe, c'est la constatation d'îlots épithéliaux détachés, perdus dans les lymphatiques, résorbés comme des cellules d'épithélioma. On trouve ainsi en plein derme des amas de 4 ou 5 cellules du corps muqueux absolument conservées, avec leurs filaments unis caractérisés.

Après 4 et 5 jours. — On note simplement les mêmes phénomènes que précédemment, mais de plus en plus avancés. On retrouve encore des traces de la scarification grâce à la persistance d'un tout petit bouchon fibrineux sous-épithelial. La basale n'est pas restituée. Cà

et là encore quelques cellules épithéliales emportées dans le torrent lymphatique.

Nous n'avons pas de renseignements relatifs à des scarifications plus anciennes. Nous ignorons l'époque à laquelle se reconstitue la vitrée. Mais nous avons l'intention de reprendre cette dernière étude. Il nous paraît que c'est la meilleure technique à suivre pour arriver à se faire une idée précise de la nature et de l'origine de ces membranes basales sur lesquelles nous avons si peu de notions certaines.

En résumé :

- 1^o La section des scarifications passe en plein corps épithéial ;
- 2^o Au bout de 24 heures, l'épithélium est réuni : à ce moment, le derme est loin de l'être ;
- 3^o Il n'y a de véritable réunion immédiate que pour l'épithélium ; le derme se réunit indirectement après oblitération de la fente par un bouchon fibrineux ;
- 4^o Au bout de 5 jours, il reste des traces de la section du derme ;
- 5^o Au bout de 5 jours, la basale n'est pas restituée ;
- 6^o La scarification s'accompagne de la luxation dans la profondeur du derme d'un certain nombre de cellules du corps muqueux ;
- 7^o Ces cellules sont résorbées et emmenées par les lymphatiques.

La ceyssatite.

Par M. VEYRIÈRES.

Voir page 423.

M. DARIER. — J'avais été frappé depuis longtemps des avantages que les dermatologues allemands reconnaissent à la terre d'infusoires (*terra silicea, Kieselguhr, Infusorienerde*), comme poudre absorbante et comme élément constituant des pommades et surtout des pâtes. Je cherchais à m'en procurer lorsque notre excellent confrère, le Dr Veyrières, est venu me présenter un échantillon de sa ceyssatite.

J'ai aussitôt étudié cette matière et j'ai prié mon interne en pharmacie, M. Méténier, d'en faire l'analyse. Voici, d'après la note qu'il m'a remise, sa composition chimique (après passage au tamis pour séparer les impuretés grossières, telles que radicelles, etc.) :

Silice	64,570
Eau	7,130
Chaux	2,850
Fer	5,650
Magnésie	6,480
Matières organiques	7,330

A l'examen microscopique, on la trouve exclusivement formée de carapaces creuses de diatomées d'une délicatesse incroyable.

Je puis confirmer tout ce que M. Veyrières vient de nous dire relativement aux propriétés physiques de cette terre, sur sa résistance aux hautes températures, sur son énorme pouvoir absorbant qui est dû à sa constitution physique. J'ajoute qu'incorporée à des matières grasses ou à des pommades quelconques dans la proportion de 10 p. 100, elle les transforme en pâtes très onctueuses, très adhérentes, ayant du « corps » et « couvrant bien », qualités indispensables d'une bonne pâte. Par contre, je trouve peu avantageux de dissoudre la ceyssatite pour la reprécipiter sous forme de silice gélantineuse, qui n'a plus les mêmes propriétés physiques.

La ceyssatite a donc à peu près les mêmes qualités que la *terre d'infusoires* des Allemands (celle-ci est composée de carapaces de radiolaires et de foraminifères au lieu de diatomées). La teneur en oxyde de fer de notre terre fossile française ne me semble avoir aucun inconvénient; au contraire, car sa coloration rosée après calcination modérée lui donne une teinte voisine de celle de la peau. Enfin, le prix de revient de ce produit sera évidemment des plus minimes.

M. FREDET. — Sans vouloir diminuer en rien l'intérêt que présente la communication de M. Veyrières, je tiens à faire connaître à la Société que, il y a une dizaine d'années, j'ai adressé à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un travail sur le même sujet, portant pour titre : « De la Randannite ». Dans cette note, que l'on peut retrouver dans les comptes rendus de la Société des hôpitaux, j'indiquai que l'on rencontrait cette substance dans divers points de l'Auvergne, mais notamment à Randanne, d'où le nom de *Randannite*. Ceyssat, les environs de St-Saturnin, étaient aussi signalés par moi, comme des endroits où l'on trouve de la Randannite.

Et après avoir indiqué sa composition chimique et son analyse microscopique que voulut bien me compléter, après ma communication, un médecin de Saint-Brieuc, le Dr Lenduger-Formorel, dont les travaux en histoire naturelle sont très connus, je signalai à la Société des hôpitaux les emplois thérapeutiques possibles de cet agglomérat de diatomées, notamment son utilisation comme poudre *absorbante* et *inerte*, comme isolant, son association avec d'autres substances pulvérulentes, liquides ou semi-liquides, et en même temps, je faisais déposer sur le bureau de la Société divers échantillons de cette substance en nature ou composée, notamment du silicate de potasse obtenu dans le laboratoire de M. Huguet, pharmacien à Clermont.

Ces réserves faites, je m'associe entièrement à ce que vient de nous dire M. Veyrières, et je reconnaiss avec lui que, dans un certain nombre d'affections de la peau, l'on pourrait employer utilement la randannite ou la ceyssatite, suivant qu'on voudra donner l'un ou l'autre nom à ces débris d'*infusoires* ou diatomées.

M. VÉRITÉ. — Les paysans des environs de Randanne l'emploient depuis très longtemps et en donnent aux Auvergnats pour les dermatoses.

Le secrétaire,
L. BRODIER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ HONGROISE DE DERMATOLOGIE ET D'UROLOGIE

Séance du 14 janvier 1897.

Dermatite exfoliatrice.

M. SCHWIMMER présente un malade atteint depuis trois ans d'éruptions confluentes très prurigineuses, squameuses. Pas d'antécédents héréditaires. Actuellement la peau tout entière est uniformément rouge, nombreuses squames, principalement sur le dos, l'abdomen et les membres inférieurs. Les ongles forment des masses cornées, saillantes, coniques, avec sillons de 2 à 6 millimètres.

M. TÖRÖK fait remarquer que dans les cas de ce genre, le plus souvent on a affaire à un psoriasis vulgaire.

M. JUSTUS partage entièrement l'opinion de Schwimmer, que le diagnostic de dermatite exfoliatrice est un diagnostic d'attente.

Syphilis maligne.

M. SCHWIMMER présente un marin, âgé de 30 ans, qui a contracté en janvier 1896 un chancre du sillon coronaire qui se cicatrisa dans l'espace de deux semaines. En avril de la même année il survint un chancre induré, avec tuméfaction des ganglions inguinaux. Fin juillet, vives douleurs dans le pharynx, qui céderont à un traitement local de courte durée. Au mois de décembre 1896, violentes douleurs de tête et du pharynx ; sur différentes régions, exanthème rouge-brun, nettement circonscrit, à plaques arrondies, de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, saillantes de 2 à 3 millimètres au-dessus de la peau, dont la surface grumeleuse ressemble à celle d'une fraise.

Au méat, ulcère dur à bords saillants et fond purulent. Engorgement modéré des ganglions inguinaux ; muqueuses normales.

M. RONA pense que la tuberculose est une des causes du tertiarisme précoce. Contre l'opinion de Tarnowski qu'il s'agirait d'une infection mixte dans la syphilis maligne, il y a d'abord que nous ne sommes pas à même de constater l'action simultanée du virus syphilitique et des staphylocques.

M. JUSTUS partage l'opinion de Tarnowski en s'appuyant sur l'examen d'une sclérose excisée, non ulcérée, dans laquelle il trouva des staphylocques.

M. SCHWIMMER ne croit pas que l'alcoolisme et la tuberculose jouent un rôle très important dans l'étiologie de la syphilis maligne.

Maladie de la peau chez une fille atteinte d'hystérie.

M. SCHWIMMER présente une fille, âgée de 15 ans, portant sur le bras droit de larges plaques allongées, du rouge rose au rouge foncé, nettement limitées, et quelques lésions recouvertes de croûtes brunâ-

tres, de forme variable, saillantes. Sur le bras gauche, le thorax et à la face, quelques plaques recouvertes de squames blanches, fines. L'orateur a pu constater encore des formes de transition : dans les taches érythémateuses aiguës il se développait en douze heures environ quelques saillies punctiformes qui se transformaient en vésicules séreuses de la grosseur d'une tête d'épingle, dont le contenu se transformait en un liquide purulent ou sanguin purulent — ce qui expliquait la formation des croûtes. Il y avait des sensations de brûlure, et de la sensibilité, mais pas de prurit, nulle part on ne trouvait de lésions de grattage. L'état resta le même pendant les cinq semaines de séjour de cette malade à l'hôpital.

En raison des symptômes subjectifs, on pouvait admettre comme cause des troubles d'innervation.

M. TÖRÖK. — Les malaises subjectifs intenses, le développement des lésions polymorphes par poussées, l'état général satisfaisant, correspondent à la dermatite herpétiforme, mais contre ce diagnostic il y a le groupement et le caractère plutôt urticarien des lésions, particulièrement leur disparition rapide. Le diagnostic d'urticaire bulleuse, vésiculeuse est tout aussi vague.

M. NÉKAM pense qu'il s'agit d'une angionévrose d'origine centrale ; a-t-on observé des modifications dans les organes internes ?

M. SCHWIMMER est d'avis que la maladie ne ressemble à aucune des affections citées par Török et que dans ce cas l'agent morbide serait un trouble dans le système nerveux.

Leucémie de la peau.

M. SCHWIMMER présente un malade que Nékam a montré il y a quelques semaines à l'Association royale des médecins avec le diagnostic de leucémie de la peau. Selon l'orateur, il s'agirait d'un lympho-sarcome, diagnostic qui a été confirmé par l'examen histologique fait par Justus.

M. JUSTUS. — Dans le fragment de peau excisé on voit dans le tissu sous-cutané un infiltrat nettement circonscrit qui s'étend vers la partie papillaire du derme. Cet infiltrat consiste en cellules rondes à gros noyaux fortement colorés, contenant peu de protoplasma ; elles sont très confluentes sans tissu intercellulaire, ce n'est que vers la portion papillaire du derme qu'elles sont moins compactes. Dans les coupes on aperçoit entre les cellules rondes un réseau conjonctif fin, avec des espaces irréguliers dans lesquels les cellules sont encastrées. Les cellules ne sont nullement en rapport avec les vaisseaux sanguins ou des tumeurs préformées de la peau. Dans des coupes colorées avec une solution aqueuse de safranine et d'aniline, on voyait distinctement de nombreuses mitoses. Le diagnostic microscopique était par suite lympho-sarcome.

M. HAVAS regarde ce cas comme un mycosis fongoïde, l'examen des préparations de Nékam l'ont confirmé dans cette opinion.

M. NÉKAM ne peut classer ce cas dans aucune des quatre variétés de mycosis fongoïde qui ont été décrites, ni dans les cinq catégories de sarcome indiquées par Unna. Suivant lui, il correspond aux tumeurs leucémiques mentionnées par Biesiadecki, car ces dernières sont des tumeurs indolentes, rougeâtres, molles, avec ombilic au centre. Le microscope montre

que les tumeurs prennent naissance dans le tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire dans les couches supérieures du pannicule graisseux pour atteindre le derme sans toutefois envahir la partie papillaire. On n'y trouve pas de mitoses; les tumeurs sont formées de cellules lymphatiques vraies, émigrées des vaisseaux sanguins et qu'il faut regarder comme des dépôts leucémiques du sang.

M. SCHWIMMER trouve que les caractères cliniques sont semblables à ceux du mycosis fongoïde, on peut même reconnaître aux jambes la période eczématisante de cette maladie.

L'examen histologique montre un lympho-sarcome. En général d'ailleurs les tumeurs leucémiques n'atteignent pas le volume de celles qu'on observe chez ce malade.

M. JUSTUS fait encore remarquer que les infiltrations ne suivent pas le trajet des vaisseaux. La présence d'un assez grand nombre de mitoses est en opposition avec l'hypothèse de Nékam.

Prurit de l'entrée du vagin et du périnée avec kraurosis commençant consécutif.

M. S. RONA présente une servante de 27 ans. Depuis trois semaines, cette malade éprouve un prurit modéré à la vulve et à l'anus, comme si elle avait des vers. Les plis de la région anale, la peau du périnée sont gris ardoisé, épaisse, excoriés en quelques points. L'entrée du vagin est gris blanchâtre, la muqueuse rugueuse, fendillée, par places, recouverte de traînées cornées blanches, épaisses. Blennorrhagie urétrale. L'aspect est celui du prurit périnéal et anal de l'homme, avec cette différence que chez cette malade la muqueuse est devenue rigide et qu'il y a une hypertrophie considérable des cellules cornées. Rona est d'avis que dans bon nombre de cas la cause du kraurosis de la vulve serait une lichenification et une infiltration du tissu conjonctif consécutives à des irritations mécaniques. On a regardé à tort ces lésions comme étant de nature syphilitique.

M. TEMESVARY fait remarquer que les gynécologues n'admettent pas le kraurosis consécutif au prurit et regardent ce cas comme de la vulvite prurigineuse.

M. RONA. — Les gynécologues ne sont pas d'accord sur ce qu'ils entendent sous le nom de kraurosis; Fritsch et d'autres auteurs admettent un kraurosis consécutif au prurit.

Séance du 11 février 1897.

Lupus érythémateux papuleux.

M. SCHWIMMER présente un homme de 34 ans, ayant depuis trois ans des lésions qui ont débuté sur les deux joues par une petite tache rouge avec prurit léger et desquamation, puis ont gagné le visage tout entier, les oreilles et la nuque.

Actuellement les joues et le dos du nez sont rugueux, le bord de l'exanthème arrive jusqu'à la paupière inférieure. Les parties malades sont, par places, rouge vif et le siège de quelques papules isolées ou confluentes, séparées par de petits sillons. Desquamation de toute la région envahie; les oreilles présentent les mêmes lésions. Derrière les oreilles, plaques

de plusieurs centimètres de longueur, résultant d'une hypertrophie extra-ordinaire de la couche cornée. Quelques points atrophiés sur le côté droit du cou. Front et cuir chevelu intacts.

Épithéliome traité par le bleu de méthyle.

M. SCHWIMMER présente un homme de 60 ans, atteint d'épithélioma à la commissure palpébrale interne droite de 5 à 6 centimètres d'étendue.

Avant toute intervention chirurgicale, l'auteur a essayé un traitement avec une solution de pyoctanine à 1 p. 100. Ce traitement au bout de douze jours a donné de très bons résultats, le milieu de l'épithéliome est déjà recouvert de granulations.

M. HERZL fait remarquer que les épithéliomes de la peau, notamment ceux de la face, sont relativement de bonne nature et peuvent guérir avec de légers caustiques. Toutefois le traitement par le bleu de méthyle donne de bons résultats qu'il faut attribuer à l'action désinfectante et astringente du bleu de méthyle.

M. SCHWIMMER ne conteste pas que l'ulcus rodens ne s'améliore avec de simples soins de propreté ; cependant les résultats ne sont jamais aussi satisfaisants qu'avec le bleu de méthyle.

M. NÉKAM a obtenu une amélioration locale avec le violet de méthyle dans un cas de mélano-sarcome ; toutefois il se produisit des métastases dans le foie et le malade succomba.

M. TÖRÖK a traité avec succès plusieurs cas d'ulcus rodens par l'acide chromique et le bleu de méthyle, sans récidive.

M. JUSTUS a observé un carcinome très étendu de la peau, avec sécrétion très fétide. Des injections et des badigeonnages avec le bleu de méthyle firent disparaître cette mauvaise odeur en peu de temps.

Syphilis léontiasiforme.

M. SCHWIMMER présente un homme de 37 ans, père de cinq enfants, dont quatre sont vivants et bien portants, un est mort à l'âge de 6 mois. Atteint depuis six mois de lésions syphilitiques généralisées qui, sur le front et le dos du nez, rappellent celles de la lèpre tubéreuse.

Psoriasis atypique.

M. RONA a observé sur une prostituée de 18 ans et entrée dans son service pour une blennorrhagie, un exanthème à petites papules autour des mamelons et sur la moitié gauche du dos, datant de quelques jours. Sur les deux seins il y avait 8 à 10 petites papules, rouge pâle, avec légère desquamation, rappelant le pityriasis rosé ; plus tard, comme quelques efflorescences prirent en s'étendant un caractère diffus, la desquamation cependant resta très faible, il pensa alors qu'on avait affaire à des modifications irritatives générales ; pas de champignons. Le grattage des squames montra qu'il s'agissait d'un psoriasis vulgaire.

Poux du pubis et lentes sur les cheveux de la nuque, maculæ cæruleæ et rosôle syphilitique.

M. RONA présente une jeune fille de 22 ans, chez laquelle on trouve des

poux du pubis et leurs lentes dans la région pubienne, le creux des aisselles, la nuque et sur les cheveux. Il y a en outre des taches bleues provoquées par les poux.

Xanthome plan et tubéreux généralisé.

M. HAVAS présente une petite fille de 4 ans et demi, chez laquelle, selon la mère, est survenue, immédiatement après la vaccination qui aurait provoqué de violents phénomènes inflammatoires, une éruption qui a débuté par le front pour envahir toute la peau. L'éruption n'occasionne aucun malaise à cette enfant, d'ailleurs bien portante.

Au visage et sous le menton la peau a une coloration jaune paille. Sur le front, au pourtour de la bourse et des orifices des fosses narines, nodosités arrondies ou allongées, résistantes, de la grosseur d'un grain de chênevis à celle d'un pois. Sur le tronc et les membres, principalement sur les deux côtés de l'extension, nodosités encastrées dans le derme, non douloureuses, dures, jaune soufre ou jaune paille, dont le volume dépasse celui d'un pois. Sur la face externe des bras, et dans la région fessière la peau est presque partout rouge jaunâtre. En dedans de ces parties rouges de la peau et dans leur voisinage on voit les nodosités rouges ou jaunes déjà mentionnées. Sur les nodosités l'épiderme est tendu, brillant ou par-cheminé et ridé. Rien sur les muqueuses. Pas d'ictère. Du côté du système nerveux et des autres organes on ne constate aucune anomalie. Urine normale. Aucune modification pathologique du sang.

Il s'agit dans ce cas d'un xanthome vulgaire, plan et tuberculeux.

M. TÖRÖK fait remarquer que les lésions des deux avant-bras font l'impression de nævi. C'est encore un argument tendant à confirmer que le xanthome est une anomalie de développement.

M. SCHWIMMER demande s'il existe un rapport relativement à l'époque d'apparition des érythèmes visibles en quelques points et celle des nodosités xanthomiques.

M. HAVAS répond que la mère de la malade raconte que les nodosités seraient survenues plus tard que les taches ; et lui-même aussi est d'avis que sur les taches il surviendra de nouvelles nodosités xanthomiques.

Pityriasis rubrapilaire (lichen ruber acuminé).

M. TÖRÖK présente une fillette de 9 ans, atteinte depuis cinq ou six mois de pityriasis rubra pilaire très caractérisé occupant le côté de flexion des bras et des avant-bras, la face d'extension des cuisses, les deux côtés des jambes, l'abdomen, la région ombilicale et en plus petit nombre la région vertébrale et le thorax.

Gangrène hystérique.

M. JUSTUS présente une jeune fille âgée de 20 ans, hystérique, atteinte depuis sept ans de gangrène hystérique. A cette époque, tuméfaction de la face dorsale de la main droite, sans cause externe ; la peau devint en peu de temps noire et gangrénée. La gangrène atteignait jusqu'aux tendons et aux os et guérit très lentement en laissant des cicatrices hypertrophiques considérables. Les trois années suivantes, il est survenu sur les parties les plus différentes du tronc et des membres, des gangrènes

circonscrites de la peau, envahissant seulement les parties supérieures de la peau, ou atteignant le tissu cellulaire sous-cutané et encore plus profondément. La maladie commence par une rougeur circonscrite, la peau prend ensuite une teinte grise, se soulève et forme une bulle de la grosseur d'un pois à celle d'une pièce de 50 centimes qui se transforme en une croûte très adhérente, sèche, déprimée. Avec le temps cette croûte devient noire, au centre, sa circonférence augmente et est le plus souvent arrondie ou ovale.

M. SCHWIMMER rappelle la malade atteinte d'hystérie qu'il a présentée dans la séance précédente. Dans l'un et l'autre cas il existait des taches rouges qui, dans l'espace de vingt-quatre heures, se transformaient en vésicules et ensuite se desséchaient. Dans ce cas, la maladie se terminait par la dessiccation des vésicules ; ici il se développe un ulcère qui se termine par une kéloïde cicatricielle.

Dermatite herpétiforme de Duhring.

M. DEUTSCH présente une malade âgée de 40 ans, journalière. Il y a deux mois elle a vu survenir sur les membres et le thorax des taches rouges se transformant peu après en vésicules et en bulles ; dans l'espace de deux à trois semaines elles envahirent la plus grande partie de la peau. Cette éruption s'accompagnait d'un prurit très pénible et de sensations de brûlure. Actuellement, on voit sur les membres supérieurs et inférieurs, le thorax, le dos et la nuque, des taches rouges, pâlissant à une pression modérée, des bulles et des pustules du volume d'un pois à celui d'un haricot. L'état se maintient bon.

M. TÖRÖK regarde les lésions du thorax comme de l'eczéma.

M. RONA cite un cas dans lequel la dermatite herpétiforme existe depuis trois ans, les muqueuses sont si fortement envahies qu'il s'est développé une leucoplasie secondaire. Sur la peau sont survenues, à la place des bulles et des vésicules, plusieurs centaines de grains de milium.

Séance du 11 mars 1897.

Pemphigus de la muqueuse buccale.

M. SCHWIMMER présente un homme qui a été atteint, en mai de l'année précédente, de bulles sur le dos, la muqueuse buccale et la langue. Dans ces derniers points les vésicules disparurent au bout de 6 semaines, pour réapparaître 6 semaines plus tard. Depuis cette époque il est survenu sur le tronc, le cou et la tête, ainsi que sur la muqueuse buccale, des bulles plus ou moins volumineuses, qui disparurent avec le temps pour faire place à de nouvelles bulles. Actuellement il existe des bulles à la face, sur le thorax et le dos, ainsi que sur la muqueuse buccale. L'hypothèse d'impressions morales soudaines ou de longue durée, ou d'efforts intellectuels violents comme cause du pemphigus, peut s'appliquer, ici, attendu que dans ces derniers temps ce malade a éprouvé de grandes pertes matérielles (incendie de sa maison, etc.).

D'ordinaire on prescrit des garganiques avec le chlorate de potassium contre les pertes de substance résultant de la rupture des bulles. Dans le pemphigus ce remède est très douloureux. Schwimmer préfère dans ces cas la décoction de mauve.

Orchite syphilitique.

M. BAKO rapporte l'observation d'un jeune homme atteint d'une tuméfaction du testicule gauche atteignant la grosseur d'un œuf de poule, avec légère hydrocéle. Ce malade n'a jamais eu de blennorrhagie, pas de traumatisme; syphilis il y a 4 ans.

Bako a observé plusieurs cas d'orchite syphilitique avec hydrocéle, plusieurs années après l'affection primaire. L'hydrocéle guérit habituellement par la ponction; on ne peut obtenir un état résultant définitif qu'en employant en même temps le traitement spécifique.

M. SCHWIMMER cite le cas d'un jeune homme qu'il avait autorisé à se marier, alors que pendant 4 à 5 ans il avait pas observé de symptôme syphilitique. Dans la 6^e année sa femme accoucha d'un enfant sain. Ce n'est qu'un an plus tard, alors qu'il n'avait aucun accident et que son enfant était en bonne santé, que ce malade vint le consulter pour une tumeur du testicule. Après une cure de 40 frictions le testicule redevint normal; la femme du malade accoucha de nouveau d'un enfant sain.

Lichen ruber plan.

M. TÖRÖK présente un ouvrier de 37 ans, atteint depuis 2 mois d'une éruption prurigineuse occupant principalement le côté de flexion des bras, particulièrement des coudes, les épaules, les creux axillaires et les parties voisines du thorax, la région sacrée, le pénis, le scrotum, la face interne des cuisses, les creux poplitées et la nuque. Sur d'autres parties du tronc et des membres il y a des lésions semblables, mais en plus petite proportion. Le visage, les oreilles, le cuir chevelu et la paume des mains sont seuls indemnes. La plante des pieds est épaisse avec sillons blanchâtres. Les plus petites lésions sont saillantes mais aplatis, elles sont la plupart polygonales, rouge bleuâtre ou rouge brunâtre, brillantes comme de la cire, avec ombilic central. Sur les membres supérieurs ces lésions sont confluentes et forment des plaques de la dimension de la paume de la main, rouge bleuâtre, traversées de fins sillons; dans quelques régions ces plaques sont en régression avec dépressions brun sépia.

Syphilide miliaire (lichen syphilitique).

M. TÖRÖK présente un jeune homme de 22 ans, très pâle, avec tuméfaction des ganglions cervicaux, axillaires, cubitaux et inguinaux, et chancre du prépuce en voie de guérison. Sur le tronc et les membres supérieurs, nombreuses lésions brunâtres ou rougeâtres, du volume d'une tête d'épingle, qui correspondent aux ganglions de la peau et forment des groupes de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes.

L'exanthème existerait depuis huit semaines.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ DES MÉDECINS DE VIENNE

Séance du 17 décembre 1897.

Traitemenit chirurgical du lupus.

M. LANG a commencé, en 1892, à traiter le lupus par l'extirpation et

acquit la conviction, par une observation prolongée des cas qu'il avait opérés, qu'on peut très souvent guérir réellement le lupus par l'extirpation. Jusqu'à présent il a opéré 52 malades, dont 14 n'ont pu être retrouvés malgré tous ses efforts. Les trois derniers malades ont été opérés depuis trop peu de temps ; il reste donc 35 cas. Sur ce nombre il y a eu des récidives chez 8 malades et 27 sont restés guéris de leur lupus. La durée de l'observation est chez 6 malades jusqu'à un an ; chez 10 malades, de 1 à 2 ans ; chez 11, de 2 à 4 ans. Il ne se rappelle pas qu'un dermatologue ait obtenu des résultats semblables chez des lupiques traités par d'autres méthodes. La condition essentielle de l'extirpation c'est la délimitation exacte de la partie lupique ; sur la peau cette délimitation est très facile, il n'en est pas de même sur les muqueuses, dans les cas où le lupus a pénétré dans les cavités nasale, buccale et pharyngienne, dans la conjonctive et le conduit lacrymal, etc. ; dans ces conditions le pronostic pour l'extirpation est douteux.

Ni l'apparition, ni la dimension du lupus ne sauraient être un sérieux obstacle à l'extirpation ; la méthode de Thiersch permet de guérir en un temps relativement court les plus grandes pertes de substance. Tout médecin qui a opéré beaucoup de lupus sait que la greffe de Thiersch ne réussit cependant pas partout. Il survient avec ce procédé, suivant la localisation, des rétractions plus ou moins importantes. Dans quelques régions elles sont si considérables qu'il en peut résulter un trouble sérieux des fonctions. Dans ces cas il est nécessaire de faire une plastique avec des lambeaux en la combinant avec la méthode de Thiersch.

Dans ses premières communications Lang avait pour objectif de faire ressortir les avantages de la méthode de l'extirpation du lupus ; aujourd'hui il cherche à montrer l'importance qu'il faut attacher au point de vue cosmétique et fonctionnel, à la plastique par lambeaux après les opérations de lupus.

Tumeurs leucémiques. Hypertrophie du foie et de la rate.

M. KAPOSI présente une femme, âgée de 63 ans, atteinte de tumeurs leucémiques de la face, de la région des coudes, etc. Suivant la malade, l'affection aurait commencé en juillet 1896 par des douleurs de tête. En septembre, tache rouge sur la joue gauche ; la rougeur augmente, jusqu'en mars où pour la première fois on constate la présence d'une tumeur qui depuis lors n'a pas cessé de se développer.

Actuellement, la face, à l'exception de la partie supérieure du front et des côtés des joues, est envahie par des masses semblables à des tumeurs. Les régions supra-orbitaires des deux côtés sont le siège de tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un œuf de poule, à surface flasque, de consistance très variable (à droite, molle comme un lipome, à gauche très dure) ; ces tumeurs sont mobiles, saillantes. La peau sus-jacente est rougeâtre, violette, en apparence amincie, on ne peut ni la plisser ni la soulever, elle est à peine mobile.

Une tumeur semblable, un peu plus petite, dans la région inter-ciliaire, nodosité semblable du volume d'une pomme, et une autre du volume d'une noisette sur la joue droite, une un peu plus petite sur la joue gauche,

une du volume d'un œuf de pigeon au menton. Le nez tout entier est occupé par une masse semblable, comme coloration et comme consistance, aux tumeurs ci-dessus ; cette masse n'est pas nettement limitée.

Les oreilles sont envahies par unamas diffus de tumeurs infiltrées, comme sur le nez. Nodosités de volume variable sur les bras, principalement sur le bras droit.

Engorgement des ganglions sous-maxillaires, axillaires et inguinaux des deux côtés.

Toutes les tumeurs ne sont douloureuses qu'à la pression. La malade accuse des douleurs vives et térebantes à la percussion du sternum, des épaules et des huméros.

Dans ce cas le rapport avec la leucémie paraît évident. La proportion des corpuscules blancs du sang aux globules rouges est de 1 pour 28 (au lieu de 1 pour 500 à 700), le nombre des érythrocytes de 3,400,000, celui des leucocytes 120,000.

Il s'agit donc dans ce cas de tumeurs leucémiques malignes. Au microscope on a trouvé un tissu composé surtout de cellules rondes mononucléaires et d'une petite quantité de substance intermédiaire. Quant aux tumeurs, Kaposi croit qu'elles dépassent en volume tout ce qui est indiqué jusqu'à présent dans la littérature.

M. SCHIFF a publié en 1879, en collaboration avec Hochsinger, un mémoire sur la leucémie de la peau. Leurs recherches les conduisirent à admettre que la peau peut devenir, dans le cours de la leucémie, le siège de manifestations leucémiques secondaires et que d'une part l'infiltration lymphatique prend son point de départ dans le réseau vasculaire qui entoure les glandes sudoripares et que de l'autre le siège principal de la maladie se trouve dans le pannicule graisseux le plus rapproché du derme.

Séance du 28 janvier 1898.

Kératose arsenicale.

M. LANG présente un malade âgé de 37 ans, syphilitique, qui a été soumis au traitement arsenical pour un lichen ruber plan. Dans ces derniers temps il survint de la sensibilité à la plante des pieds et il y a 10 jours on constata dans cette région des plaques calleuses. Sur la plante du pied gauche, entre l'éminence thénar du gros orteil et celle du petit orteil, plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs dont la surface est jaunâtre, dure et calleuse ; le bord est constitué par un anneau dur dont la peau paraissait intacte à l'œil nu. Épaississements analogues plus saillants sur les bords externe et interne des gros orteils et au pourtour du talon. Les plis interdigitaux des 4^e et 5^e orteils présentent des lésions semblables. Sur la plante du pied droit les altérations sont les mêmes, mais moins prononcées.

L'aspect ne répond ni au lichen ruber plan ni à la syphilis, mais à une kératose provoquée par l'usage de l'arsenic.

Cette maladie atteint d'ordinaire les adultes. Lang ne l'a vue qu'une fois chez un enfant de 8 ans ; il a observé aussi une kératose de la paume des mains chez une fillette du même âge.

M. KAPOSI n'a aucune raison pour regarder ici les callosités plantaires comme un tylosis arsenical ; il n'a jamais vu de callosités arsenicales, malgré une grande expérience du traitement par l'arsenic ; par contre, toutes les raisons sont en faveur de plaques de lichen ruber plan, attendu qu'il existe des papules et des plaques de lichen ruber dans le voisinage immédiat, dans la région des malléoles.

M. LANG regrette de ne pas pouvoir partager cette manière de voir : la kératose arsenicale a été bien des fois constatée et Erasmus Wilson, il y a 25 ans, a déjà appelé l'attention sur cet état.

M. NEUMANN, malgré une expérience déjà longue, n'a pu constater avec certitude un seul cas de kératose arsenicale. L'arsenic est surtout employé contre les affections de la peau qui s'accompagnent d'épaississement de l'épiderme, provoqué par le processus morbide lui-même. Il en est ainsi dans le lichen ruber plan qui détermine des épaississements épidermiques considérables ; par conséquent, d'autres caractères de diagnostic différentiels seraient nécessaires pour démontrer l'existence d'une kératose arsenicale.

M. LANG. — On ne peut pas cependant ignorer complètement les observations des autres auteurs. Quand après des empoisonnements accidentels il se développe dans un cas, 11 jours plus tard, une kératose, c'est là un fait devant lequel on ne saurait fermer les yeux.

M. HOFMÖCKL demande des renseignements sur les doses d'arsenic.

M. LANG répond que ce malade ne prend des pilules d'arsenic que depuis quelques mois. La dose quotidienne la plus élevée a été de 0,15 d'acide arsenique.

Séance du 25 février 1898.

Kéloïde.

M. LANG présente un homme de 22 ans, qui eut une escharre gangrénouse du dos consécutive à une brûlure par l'acide sulfurique ; la plaie était cicatrisée au mois d'août. Dès le mois de septembre cet homme remarqua que la cicatrice devenait chaque jour plus épaisse et depuis deux à trois mois toute sa région dorsale est envahie par une kéloïde. Les plaques sont saillantes, à bords nettement circonscrits, ayant jusqu'à un centimètre au-dessus des parties environnantes. Ces plaques sont dures comme du métal, brun-rouge, avec sillons très obliques en quelques points. Ces kéloïdes sont parfois le siège de sensations insupportables de prurit et de brûlure.

Modifications de la peau consécutives à l'emploi de l'arsenic.

M. K. ULLMANN présente d'abord un cas de kératose arsenicale chez une malade atteinte d'acné de la face. Cette malade a pris pendant sept ans de la solution arsenicale de Fowler. L'affection a augmenté graduellement. Il y a sept ou huit ans, et même encore un ou deux ans après la cessation de l'arsenic, la peau de la plante des pieds et de la paume des mains était épaisse, présentait une coloration gris ardoisé et était recouverte de nombreuses saillies verrueuses de grosseur variable ; les plus petites avaient jusqu'au volume d'un pois et même plus ; la couche cornée épaisse

était sillonnée de nombreuses fissures et rhagades et en quelques points recouverte de squames.

Cette malade était déjà en cet état en 1893 ; v. Hebra la présenta à la Société de dermatologie comme un cas de kératose arsenicale, quelques membres de la Société regardèrent ce processus comme occasionné par une hyperhidrose locale qui existait en même temps.

La marche ultérieure de la maladie prouva qu'on avait bien affaire à une hyperkératose arsenicale. Dans le cours de l'année dernière la malade fut atteinte d'un épithéliome de la face qui fut extirpé ; six mois plus tard, un nouvel épithéliome s'est développé sur la peau encore très hyperkératosée du talon ; on eut recours de nouveau à l'extirpation.

L'orateur discute ensuite les travaux qui ont été publiés jusqu'à présent sur l'hyperkératose arsenicale et le cancer arsenical (Hutchinson).

On aurait fréquemment aussi constaté dans ces cas une hyperhidrose locale, mais peut-être plus souvent encore la sécrétion sudorale serait restée dans des limites normales, ou bien il existait même au début une sécheresse frappante des surfaces palmaires légèrement rouges et en desquamation.

La sécrétion physiologique de la sueur paraîtrait en tout cas avoir de l'importance pour la production de cette hyperkératose, cela ressortirait de la localisation de la maladie, particulièrement à la paume des mains et à la plante des pieds. Plus rarement cette affection s'observerait sur d'autres régions, ainsi à la face dorsale des mains, aux coudes (Hutchinson), à la face chez la malade dont il est ici question.

Chatin aurait le premier signalé l'importance de la sécrétion sudorale pour l'élimination des arsénates.

Il semblerait d'après cela que l'arsenic dissous dans la sueur irriterait l'épiderme et provoquerait une hyperhémie chronique, finalement une surnutrition et par suite une hyperkératose chez les sujets prédisposés.

Sur environ 32 cas de kératose arsenicale existant dans la science, l'auteur se borne à en retenir 26 qui sont à l'abri de toute critique. Sur ce dernier nombre 4 avaient le type érythémateux, 7 le type diffus ou semblable au cas actuel, 13 le type finement verrueux, la forme la plus caractérisée de l'affection ; dans les autres, il n'était pas possible d'établir une classification.

Ce n'est que dans le plus petit nombre de ces cas que la médication arsenicale avait été instituée pour une maladie de la peau qui aurait pu occasionner une erreur de diagnostic par suite d'une localisation éventuelle aux mains (psoriasis vulgaire, eczéma, lichen plan, pemphigus vulgaire).

Le plus habituellement on avait prescrit l'arsenic pour d'autres maladies : épilepsie, névralgie, lymphome malin, tumeurs, etc.

La quantité d'arsenic absorbé était très variable, ainsi que le temps pendant lequel il était prescrit. Il y a des cas pendant lesquels on a administré régulièrement l'arsenic durant 7 jusqu'à 20 ans en opposition à d'autres où on n'a donné l'arsenic que durant deux mois et à faible dose, de 10 à 16 gouttes de liqueur de Fowler par jour, jusqu'à ce qu'il survint une hyperkératose des mains et des pieds. On peut admettre dans ces cas une idiosyncrasie, une prédisposition, mais il ne saurait être question de l'abus de l'arsenic.

Pour l'emploi du traitement arsenical il est nécessaire de connaître cette affection, en ce sens qu'il ne faut pas prescrire l'arsenic quand il est inutile ou sans une indication précise, par exemple dans l'anémie légère, l'acné, etc. où on peut le remplacer par d'autres remèdes, mais seulement dans les cas où on ne saurait administrer d'autres médicaments (lichen ruber plan, certaines variétés de psoriasis vulgaire, lymphomes malins, chorée, fièvre intermittente, etc.).

M. HEBRA fait remarquer que la malade présentée par Ullmann démontre l'existence d'une kératose arsenicale. Il l'a observée depuis près de 10 ans; au début il a employé sans succès des remèdes externes et ce n'est que lorsqu'il proposa une cure arsenicale qu'il apprit que cette malade prenait de l'arsenic depuis plusieurs années. Après l'interruption de la médication arsenicale, l'affection diminua d'une façon régulière et actuellement la guérison est presque complète, sans l'intervention d'un traitement quelconque. L'auteur pourrait citer encore deux autres cas dont l'un est particulièrement démonstratif. Il s'agit d'une petite fille de 8 ans, atteinte de psoriasis et chez laquelle on avait diagnostiqué par erreur un lichen ruber plan. Pendant quatre mois elle prit de l'arsenic sans qu'il se produisit une amélioration. Il survint, par contre, sur les mains et les pieds des callosités aplatis avec rhagades douloureuses, profondes. Sous l'influence d'applications résorcinées et de la suppression de l'arsenic toutes les lésions guérirent en trois semaines. V. Hebra ajoute ensuite qu'il y a cinq ans il prit pour une névralgie, pendant deux à trois mois chaque jour, de trois jusqu'à dix gouttes de liqueur de Fowler. Au bout de six à huit semaines environ, des callosités aplatis, très douloureuses, survinrent à la plante des pieds. Il cessa l'arsenic et les kératoses disparurent au bout de quinze jours. Non seulement il n'avait jamais eu d'hyperhidrose mais la peau des mains et des pieds était particulièrement sèche.

M. LANG. — Dans le cas présenté par Ullmann il existe de l'hyperhidrose, et comme cet état détermine souvent des épaississements de l'épithélium, on pourrait regarder ici la kératose comme une conséquence de l'hyperhidrose; cependant l'orateur ne croit pas qu'on puisse rattacher la kératose à l'hyperhidrose et termine en disant qu'on ne saurait mettre plus long-temps en doute l'existence d'une kératose arsenicale (1). A. DOYON.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 20 octobre 1897.

Lèpre.

M. KAPOSI présente un malade atteint de lèpre il y a 3 mois; traces d'exanthème au visage et efflorescences rosoliformes sur le dos. Actuellement, infiltration, sous forme de bourrelets, des oreilles, des joues, du nez; chute des sourcils; sur le tronc, petites taches brunâtres; atrophie des muscles interdigitaux et anesthésie occupant de grandes surfaces; sur le palais, affection caractéristique sous forme de petites nodosités grises.

(1) Voir le remarquable rapport de M. W. DUBREUILH sur les hyperkératoses circonscrites. *Annales de dermatologie*, t. VII, 1895, p. 1158.

Dermatose provoquée par le métol.

M. FREUND présente un malade, atteint d'une lésion de la peau due à l'action du métol. La face palmaire et en partie aussi la surface dorsale des mains et des doigts sont le siège d'une rougeur foncée, diffuse, uniforme qui disparaît sous la pression du doigt; la peau est dure, très épaisse, les doigts paraissent plus volumineux bien que les os aient leurs dimensions normales. L'épiderme a un aspect gonflé, transparent, comme s'il avait été enduit avec du silicate de potasse. Température des mains très abaissée. Comme sensations subjectives : engourdissement, surdité, et anesthésie; plus tard, lorsque les doigts devinrent plus raides, s'ajoutèrent une sensation de tension, du prurit et des douleurs, mais jamais ces dernières ne se produisirent par accès. Ce malade, qui est photographe, a, dans les derniers six mois, pour le développement de ses négatifs, employé le métol, un dérivé de l'amidocrésol, et c'est depuis cette époque que sa maladie serait survenue. L'orateur a du reste observé dans le même atelier une affection semblable chez une autre personne faisant usage du même réactif. Toutefois il ne saurait décider si elle tient au métol ou aux impuretés qui peuvent y être mêlées.

Tuberculose.

M. LANG montre un malade, déjà présenté le 28 octobre 1896 à la Société de dermatologie. Ce malade avait à cette époque, sur le côté droit du thorax, une tumeur dont le volume dépassait celui du poing, et sur la nature de laquelle il était impossible de se prononcer. Neumann considéra cette affection comme un exanthème bromique; toutefois l'orateur ne partageait pas alors cette manière de voir. Pour faire l'examen histologique on enleva la tumeur. Quelques semaines plus tard, les ganglions axillaires se tuméfièrent et le malade subit l'extirpation des ganglions; non seulement on pratiqua le curetage complet du creux de l'aisselle, mais encore on enleva largement les parties qui avaient récidivé. D'après l'examen anatomique, il s'agissait de tuberculose.

Dans le courant de cet été le malade revint dans le service de l'orateur et on constata sur les lignes d'incision près du creux axillaire la présence d'ulcères tuberculeux miliaires de la peau tout à fait typiques, entourés çà et là de proliférations papillaires. Dans les dernières semaines il est venu des abcès au niveau des côtes du côté droit et du sternum. Une large incision a donné issue à une grande quantité de pus, les côtes (de la cinquième jusqu'à la neuvième) sont à nu et, sur deux d'entre elles, le périoste est détruit.

Sarcome de la peau.

M. KAPOSI présente un homme de 55 ans, ayant depuis deux ans dans la région lombaire, à gauche de la colonne vertébrale, un foyer sous forme de disque de la dimension de la paume de la main; sur le bord supérieur quatre nodosités saillantes, de la grosseur d'un pois, rouges, brillantes. La peau a l'aspect d'une cicatrice; au toucher on a l'impression d'un disque dur. On pourrait penser à une kéroïde, toutefois, l'orateur ne connaît pas de cas où des kéroïdes se seraient réunies en disque; en outre, la kéroïde se développe dans la couche papillaire; ici au contraire les cou-

ches supérieures de la peau ne sont pas modifiées. Peut-être s'agit il d'un sarcome ?

Eczéma pustuleux chronique.

M. KAPOSI présente un homme de 50 ans, atteint d'ezéma pustuleux chronique développé peut-être sur un prurigo. La peau du visage chez ce malade a une teinte bronzée comme dans la maladie d'Addison. Muqueuse buccale indemne. Peut-être a-t-on affaire à une mélanose consécutive à l'emploi de l'arsenic.

Xérodermie pigmentaire.

M. KAPOSI présente un femme de 26 ans, atteinte de xérodermie pigmentaire depuis l'âge de 14 ans. On a enlevé 14 à 15 carcinomes, un endothéliome de l'œil gauche. A présent il est survenu un carcinome sur l'os zygomaticus.

Nécrose du prolongement alvéolaire du maxillaire inférieur d'origine héréo-syphilitique.

M. DEUTSCH présente un enfant de deux ans, du service de Lang, avec nécrose du prolongement alvéolaire du maxillaire inférieur. Cet enfant aurait toujours été délicat, maladif, mal nourri, sans avoir jamais été véritablement malade. Vaccination à l'âge de 19 mois. De cette époque date-rait, selon la mère, l'apparition des phénomènes morbides, en premier lieu catarrhe pulmonaire et intestinal, ensuite ulcérations de la peau et de la cavité buccale.

Actuellement, la peau, pâle et atrophiée, présente partout, principalement sur le dos, de nombreuses cicatrices, les unes livides, les autres blanchâtres, légèrement déprimées, de la dimension d'un grain de chênevis à celle d'une pièce de 50 centimes. Le pourtour de ces cicatrices est le siège d'une pigmentation foncée.

La nuque est envahie par un infiltrat plat, limité à sa partie inférieure par une ligne serpigneuse. Cet infiltrat, d'une coloration rouge, présente quelques efflorescences papuleuses, confluentes, en voie de régression sous l'influence du traitement, et des nodosités isolées dont le volume varie de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noisette ; quelques infiltrats moins saillants du cuir chevelu sont en desquamation. La gencive, dans la partie correspondante à la région des incisives inférieures, qui n'existent pas, est transformée en un ulcère purulent dont la limite postérieure est constituée par la gencive saillante en forme de bourselet et dont la base présente des lambeaux nécrosés à demi détachés. La sonde arrive jusque sur l'os dont le périoste est détruit.

Les nombreuses cicatrices du tronc, les infiltrats, l'ulcère ci-dessus décrit indiquent suffisamment qu'il s'agit d'une syphilis héréditaire, ce que l'anamnèse tendrait à confirmer.

Séance du 17 novembre 1897.

Morphinisme avec larges infiltrats et cicatrices de la peau.

M. RILLE a eu l'occasion de constater, chez une femme âgée de 42 ans, sur les membres supérieurs et inférieurs, principalement sur les faces

d'extension, des lésions étendues, les unes récentes, les autres cicatririelles. Les cicatrices, qui sont plus nombreuses, ont en général des contours allongés, leur dimension dépasse celle d'un haricot, elles sont rouge clair ou livides, fréquemment encore infiltrées, parfois kéroïdiformes, ou sont de date plus ancienne et alors du blanc clair au brun pâle, plus molles, plus arrondies et plissées, particulièrement sur les cuisses. Entre ces cicatrices, surtout aux bras où la peau est tuméfiée, il y a un grand nombre de nodosités et d'infiltrats douloureux dont le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noisette, livide foncé et rouge-brun, recouverts de croûtes brun foncé; quelques-uns sont ulcérés. Sur les membres inférieurs, la peau, par suite de la confluence des cicatrices, est par places dure et semblable à du cuir; mêmes altérations sur l'abdomen et le creux épigastrique. Les mains sont indemnes. La malade est amaigrie, la peau de la face gris fauve, la langue saburrale, les pupilles très rétrécies, les réflexes rotuliens normaux. A un examen superficiel, on pourrait croire qu'il s'agit d'une syphilis invétérée (de l'espèce des formes endémiques de la radesyge, etc.), d'une syphilide tubéro-crustacée rupiforme. A l'appui de cette hypothèse, il y aurait à mentionner la coloration et les croûtes, mais elle aurait contre elle la distribution, l'absence de groupes et de lésions serpigneuses et surtout les cicatrices dures, infiltrées, dont quelques-unes en petit nombre seulement à la cuisse rappellent des cicatrices de gommes. La ressemblance avec un exanthème bromique serait encore moins prononcée.

Cette malade est morphinomane depuis 18 ans; elle l'est devenue à la suite d'une maladie douloureuse des annexes de l'utérus. Les premières années, elle s'injectait l'abdomen et les jambes et depuis 6 ans les membres supérieurs, le dos est intact. Actuellement tous les points que la malade peut atteindre sont envahis par un grand nombre de nodosités et d'infiltrats douloureux. Deux à trois fois chaque jour elle se fait de 3 à 4 injections, par conséquent environ 10 piqûres par jour; un gramme de morphine suffit pour deux ou trois jours.

Les lésions de la peau sont la conséquence directe de la blessure faite avec une seringue souillée et non, comme on l'avait cru tout d'abord, d'une solution trop concentrée de morphine, et en outre de piqûres trop superficielles, intra-cutanées; enfin il faut tenir compte, dans une certaine mesure, de la prédisposition individuelle.

Lupus.

M. DEUTSCH présente une jeune apprentie de 15 ans, qui a été opérée cet été d'un lupus tumidus de la joue droite, dont l'étendue dépassait celle de la paume de la main. La plaie fut recouverte par un lambeau de peau de la région sous-maxillaire. Il existait aussi un foyer lupique sur le front, qui fut extirpé peu de jours après; la plaie fut recouverte par le procédé de Thiersch.

Plusieurs petites opérations furent ensuite nécessaires soit pour restaurer des fragments de lambeaux nécrobiosés, soit pour faire disparaître de légères défectuosités. Cette malade quitte alors l'hôpital et revient au mois d'octobre pour se faire opérer d'un léger ectropion; elle est aujourd'hui guérie.

Maladie serpigineuse.

M. EHRMANN présente un cas qui rappelle celui de *creeping disease* montré autrefois par Neumann. L'affection débute lorsque le malade revenait des manœuvres où il serait resté longtemps couché sur la terre. Sur l'épaule gauche il survint une affection prurigineuse sous forme de tumeur, rougeur à laquelle s'ajoutèrent bientôt de l'exsudation et des croûtes. Le bord saillant, en forme de bourselet, s'étendait rapidement d'environ un demi-centimètre par heure sous l'aspect de cercles. Le cas actuel se distingue de celui de Neumann par la présence de bulles. Dans les points où la régression se produit la peau s'affaisse et il reste de la pigmentation. Le contenu des bulles renferme des staphylocoques et des mucédinées.

Atrophie idiopathique diffuse de la peau.

M. NEUMANN présente un malade qu'il a déjà montré l'année dernière, âgé de 33 ans, atteint d'atrophie idiopathique diffuse de la peau. Peau brun sale, taches polygonales blanc brillant correspondant au corps papillaire atrophié par suite de cicatrices, principalement sur l'abdomen et les organes génitaux. Sur le thorax, le dos, les fesses, la peau est plissée comme du papier à cigarette froissé ; aux jambes elle est au contraire très tendue et on ne peut pas la plisser. Depuis 4 mois le malade a maigri de 4 kilogrammes. Il ne s'agit pas d'une atrophie secondaire consécutive à un processus inflammatoire qui évolue principalement dans le corps papillaire.

M. KAPOSI pense que cette affection procède de causes différentes. Dans le cas de Pospeloff on pouvait noter des traumatismes locaux ; dans d'autres cas l'atrophie, comme dans l'atrophie sénile, paraît progresser avec des troubles généraux de nutrition. Dans d'autres cas encore il se développe des tumeurs leucémiques et pseudo-leucémiques, peut-être aussi des lésions des follicules intestinaux, produisant de la diarrhée.

M. NEUMANN remarque que cette affection a de nombreuses analogies avec l'atrophie sénile : le gonflement vitreux des fibres du derme, la rétraction du corps papillaire, la chute des poils, la raréfaction des glandes. La modification cicatricielle des parties plus profondes est frappante. Le quadrillage rappelle certainement l'ichtyose simple, mais l'évolution et la localisation ne correspondent pas à cette dernière affection.

M. DEUTSCH présente à cette occasion un malade atteint d'atrophie circconscrite de la peau du front.

M. KAPOSI tient cette affection pour de la sclérodermie à la période d'atrophie, ainsi que l'indique l'éclat lardacé de la partie centrale déprimée.

M. LANG a pensé à la sclérodermie, mais n'a pas trouvé d'indice de sclérodermie antérieure. La limitation sur la ligne médiane paraît plutôt en faveur d'une cause trophonerveuse.

M. KAPOSI répond que la sclérodermie peut être aussi limitée d'un seul côté comme l'herpès zoster. Cependant cela ne prouve pas encore l'origine nerveuse de ces affections, attendu que, comme Pfeifer l'a démontré, dans presque toutes les régions les artères marchent parallèlement avec les nerfs.

M. LANG ne peut admettre le diagnostic de sclérodermie ; à aucune

période de cette maladie on ne peut plisser la peau, elle est tendue comme la peau d'un tambour, tandis que la peau du front du malade a sa souplesse normale.

Syphilis maligne.

M. NEUMANN présente un ouvrier de 35 ans, atteint de syphilis maligne. Gommes multiples ulcérées (sourcils, sillon naso-labial du côté droit, lèvre supérieure, arcs palatins, paroi pharyngienne). Sur différentes régions du corps, cicatrices avec liséré pigmentaire.

La syphilis existe depuis l'automne de 1895. Traitement de l'exanthème papulo-pustulo-ulcéreux avec 38 pilules d'hémol mercurique, 28 frictions, décoction de Zittmann et iodure de potassium. Un érysipèle de la face fit disparaître rapidement les efflorescences. Peu après survinrent des ulcerations et du rupia.

Acné bromique.

M. KAPOSI présente une malade atteinte d'acné bromique. Au tiers inférieur de la jambe gauche, trois foyers confluentes, en partie avec perte de substance en forme de trou, dans les intervalles masses jaune sale, tout autour quelques pustules. Il existe une acné bromique ayant le caractère des abcès folliculaires sans proliférations fongueuses.

M. NEUMANN rappelle que l'acné bromique peut donner lieu à des méprises, par exemple avec le carcinome. Il a vu, il y a peu de temps, un épileptique traité par le brome qui avait déterminé une acné considérable; il avait des douleurs si vives qu'il ne pouvait marcher ni rester couché.

Acanthosis nigricans.

M. KAPOSI présente un cas de kératose nigricans, qu'il a déjà présenté (voir plus haut). L'eczéma a diminué. Peut-être faut-il rapporter la maladie du creux de l'aisselle à de l'hyperhidrose, ainsi que celle de la région inguinale et de la lèvre supérieure à la macération de la peau. On peut se demander pourquoi dans les points où il survient d'ordinaire de l'eczéma, il se développe la kératose.

M. RILLE remarque que l'hyperhidrose existe habituellement avec l'acanthosis nigricans, bien que Heuss l'ait contesté et l'ait même indiqué comme élément de diagnostic différentiel d'avec la psorospermose de Darier.

Dans le cas qu'il a observé, il y avait une sécrétion sudorale dans l'aisselle, où les lésions de la peau étaient le plus avancées. Dans la plupart des cas (24) publiés jusqu'ici, on signale le carcinome des organes abdominaux et Rille se demande si la malade actuelle, surtout en raison de son âge, n'a pas été examinée à ce point de vue. Dans son cas il s'agissait d'une fille jeune, en bonne santé, il ne pouvait être question de cette affection.

M. KAPOSI n'a pas jusqu'ici, dans ces cas, observé de carcinome; la statistique des cas publiés ne prouve rien; car tout n'est pas publié.

Lépre traitée par la sérothérapie.

M. KREIBICH montre le lépreux du Monténégro, déjà présenté (voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 289) qui est traité par les injections de sérum. Après 6 injections, la réaction générale est assez modérée, fièvre

légère, ensuite sueurs profuses. Après des injections dans les parties malades, tuméfaction érysipélatiforme, rougeur. Les lésions lépreuses persistent.

Séance du 1^{er} décembre 1897.

Enfant hérédo-syphilitique.

M. NEUMANN présente un enfant de 5 mois, atteint de coryza avec dépression du dos du nez, cils et sourcils rares, lésions syphilitiques des lèvres, du pli génito-crural, de la région anale et des jambes, psoriasis syphilitique palmaire et plantaire. D'après le complexus symptomatique il s'agit d'une hérédo-syphilis. La nourrice a été infectée au sein par l'enfant.

M. NEUMANN cite à ce propos un cas où un enfant syphilitique infecta sa grand'mère, et où il vérifia la loi de Colles, en inoculant la mère, tout à fait indemne d'accidents, avec le pus de la sclérose et de la papule. La mère resta en effet indemne.

Ulcères tuberculeux.

M. NEUMANN présente un malade de 24 ans, anémique et très affaibli, atteint d'ulcères tuberculeux du pharynx. A la base de chacun des arcs palatins, ulcère de la dimension d'une pièce de 50 centimes à surface inégale, mamelonnée, jaune purulent et à bords livide foncé, non saillants, entourés d'une aréole étroite, rouge clair.

La cloison osseuse du nez et le cornet inférieur sont en partie détruits. Ganglions tuméfiés. Il y a deux ans le malade aurait contracté la syphilis à Buenos-Ayres et a été depuis lors traité à plusieurs reprises. Actuellement il a la nuit de la fièvre et des sueurs abondantes.

Adhérence du gland au prépuce.

M. DEUTSCH présente deux malades guéris d'adhérence du gland au prépuce, lésion qu'il désigne sous le nom de « symposthion » par analogie avec celui de symblépharon. Après la séparation des adhésions on suture le bord libre du prépuce dans la surface sanguinolente derrière le sillon. Malgré qu'on eut enlevé assez tardivement la suture, qui n'avait d'autre but que d'empêcher le contact des surfaces saignantes, il se produisit dans le premier cas une nouvelle adhérence; aussi après l'avoir détachée on avait recouvert les parties dépoillées d'épiderme avec de petits lambeaux, d'après la méthode de Thiersch; on traita le second cas exactement comme le premier.

Lupus exubérant.

KAPOSIS présente une fille de 15 ans, atteinte depuis l'âge de 2 ans d'un lupus exubérant qui recouvre toute la partie postérieure de la cuisse droite; une trainée cicatricielle a déterminé la contracture du genou. Sur la joue droite, foyers lupiques. Le pied droit présente un épaississement éléphantiasique, les orteils sont comme fondus les uns avec les autres. Peu de points sont indemnes, les proliférations sont rouge vif, humides, çà et là ulcérées.

Gommes syphilitiques.

M. KAPOSI présente une jeune fille de 19 ans, atteinte d'*infiltration gommeuse* de la face postérieure de la jambe gauche. Il existe en ce point une dépression cicatricielle de 4 centimètres de largeur sur 10 centimètres de longueur. Sur le bord supérieur, ulcération dont le pourtour est modérément rouge, la base rouge vif, en voie de granulation.

A cette période le diagnostic est difficile; peut-être s'agit-il d'une ulcération sur le bord d'une ancienne cicatrice ou d'un lupus.

M. MRACEK demande s'il s'agit d'une syphilis héréditaire tardive ou d'une syphilis acquise.

M. KAPOSI. — Il s'agit certainement d'une récidive syphilitique tardive et non d'une syphilis héréditaire.

M. LANG dit qu'il y a peu de temps la Société s'est élevée contre l'hypothèse d'une syphilis héréditaire tardive.

M. ULLMANN à cette époque a demandé que tous les malades soupçonnés de syphilis héréditaire soient examinés avec les rayons Röntgen pour découvrir les tuméfactions du périoste qu'il est impossible de constater autrement.

Onychie syphilitique.

M. DEUTSCHE présente une domestique de 20 ans, atteinte d'onychie syphilitique. A la fin de juillet, ulcération qui guérit sans intervention médicale. En août il serait survenu une éruption qui disparut après une cure de 20 frictions. Les lésions des orteils existeraient depuis cette époque. Les 3^e et 4^e orteils du pied gauche et le 5^e orteil du pied droit sont rouges, tuméfiés. Le lit de l'ongle est occupé par un ulcère à suppuration abondante, le rebord de cet ulcère est constitué par le sillon unguéal saillant, bleu rouge. En même temps il existe un lupus vulgaire du coude gauche.

M. KAPOSI. — Il est assez rare d'observer une syphilis récente chez un sujet lupique. Ce serait un point important, attendu que parfois on parle encore d'un lupus syphilitique. Hebra a également réuni, de 1850 à 1860, le lupus serpigneux à la syphilis héréditaire.

M. RILLE. — Dans ces 5 ou 6 dernières années il a vu 5 cas — 3 hommes et 2 femmes — où le lupus vulgaire, datant de l'enfance, était associé à une syphilis récente; chez un autre malade le lupus ne survint qu'à l'âge de 32 ans, lors d'une syphilis qui dura 6 ans. Malgré ces antécédents et la ressemblance avec des gommes cutanées, on diagnostiqua un lupus vulgaire, ce que la marche ultérieure confirma, attendu que les efflorescences de la région du menton et de l'angle maxillaire ne furent nullement modifiées après plusieurs semaines d'application d'emplâtre gris.

M. NEUMANN fait observer qu'à l'époque des expériences de syphilisation de Boeck, on prétendait que par cette méthode on pouvait combattre non seulement la syphilis, mais aussi le lupus. On inocula un lupique qui, outre le lupus, eut la syphilis.

M. LANG. — La présence simultanée du lupus et de la syphilis n'a rien de nouveau. Des syphilitiques peuvent plus tard être atteints de lupus. Il a le premier appelé l'attention sur ce fait que, dans ces cas, les infiltrations syphilitiques prennent plus tard les caractères du lupus, aussi les a-t-il

désignées sous le nom de lupoïdes. Les infiltrats syphilitiques des poumons créent aussi une prédisposition à la maladie tuberculeuse.

M. MRACEK a vu l'année dernière une affection de la langue d'un caractère syphilitique typique avec un psoriasis linguae, qui prit brusquement un caractère inflammatoire aigu, tandis qu'à la périphérie il survenait des granulations miliaires,

Eczéma chez un prurigineux.

M. KAPOSI présente un malade dont tout le corps est recouvert d'eczéma sous forme de larges plaques discoïdes nettement délimitées : face interne des cuisses, fesses, dos, pubis. Ces surfaces sont modérément rouges, épaissies, sèches ; dans les intervalles, très petites papules, vésicules, croûtes, plaques humides. La forme discoïde de ces foyers est typique. On l'observe dans les eczémas artificiels consécutifs à l'emploi prolongé de différents agents chimiques ; elle survient encore sous l'influence de causes constitutionnelles, dans le prurigo, l'ichtyose. Les prurigineux n'ont pas tous de l'eczéma, d'autres ont, avec un prurigo léger, un eczéma étendu. Le malade actuel a du prurigo, la forme discoïde peut s'expliquer comme il suit : le malade présente sur le dos et dans d'autres régions de nombreuses papules correspondant aux follicules ; on les trouve chez les sujets cachectiques. Sur la base de cette folliculite, lichen des scrofuleux, il se développait de l'eczéma. Les efflorescences étaient nettement circonscrites et groupées ; les foyers discoïdes sont le résultat de leur confluence. Dans ces cas l'huile de foie de morue à l'extérieur et à l'intérieur réussit très bien. Sur les membres on a appliqué l'onguent de Wilkinson.

M. NEUMANN dit qu'il y a des formes d'eczéma papuleux qui ressemblent au lichen des scrofuleux ; on observe surtout cette variété chez les enfants, elle est très rebelle. Toutefois, comme différence d'avec le lichen des scrofuleux, les papules ne sont pas aplatis, mais recouvertes de croûtes et ne laissent pas de pigmentation.

M. KAPOSI voudrait remplacer le nom d'eczéma papuleux par celui d'eczéma folliculaire.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

Séance du 7 décembre 1897.

Gangrène hystérique.

M. OESTREICHER présente une femme ayant sur la joue droite une plaque gangrénouse de la dimension d'une pièce de 2 francs ; début il y a 15 jours par une petite tuméfaction peu douloureuse. Selon l'orateur, il s'agit d'une gangrène idiopathique provenant de troubles trophonerveux ; cette malade a en outre une paralysie faciale du côté gauche.

M. BLASCHKO est disposé à admettre dans ce cas plutôt une gangrène hystérique qu'un herpès zoster, parce qu'on ne trouve pas ces nécroses profondes, disséminées, qui existent constamment autour du foyer principal dans l'herpès zoster gangrénous atypique.

M. ROSENTHAL discute quant au diagnostic des deux hypothèses émises par Blaschko. On voit ici, à côté du foyer principal, de petits points nécrosés

Souvent il est impossible de distinguer l'herpès zoster gangréneux atypique de brûlures, par exemple de celles produites par des agents caustiques tels que la lessive de potasse.

Tumeurs sarcoïdes.

M. JOSEPH présente un malade de 32 ans qui aurait vu apparaître, au mois d'août de cette année pour la première fois des tumeurs disséminées de la peau. Le nombre de ces tumeurs a considérablement augmenté, elles ont envahi le corps tout entier, même le cuir chevelu. Elles ont leur point de départ dans le derme et atteignent jusqu'à la grosseur d'une cerise; la peau sus-jacente est rouge par suite de la présence de petits réseaux angiectasiques, et des préparations microscopiques montrent que dans ce cas il existe une infiltration entre les fibrilles du tissu conjonctif consistant en cellules rondes avec noyau vésiculiforme et un nucléole. Le protoplasma de ces cellules est rare et se colore mal; il se distingue des cellules de plasma d'Unna par l'absence de granulations. L'épiderme et la partie papillaire sont indemnes, ce n'est qu'au-dessous que commence la lésion. La coloration des fibres élastiques par l'orcéine, d'après Taenzer, montre que ces fibres existent, contrairement à ce qu'on observe dans le sarcome, sous forme de crosse. Dans une des coupes on voyait une artère du chorion remplie des mêmes cellules, donc une embolie. Il s'agit d'une métastase partant des organes internes. Le malade est très amaigri et accuse de nombreux malaises.

Tumeurs aplatis analogues dans la région épigastrique, sans qu'il soit possible de préciser à quel organe elles appartiennent. L'orateur conclut qu'il s'agit d'un de ces cas de sarcomes de la peau que Kaposi a le premier désignés sous le nom de tumeurs sarcoïdes. Le traitement consiste en injections d'arséniate de soude d'après Körner, et jusqu'à présent il a été favorable.

M. LEDERMANN demande si on a trouvé dans les préparations beaucoup de cellules éosinophiles et des corpuscules de Russel.

M. JOSEPH répond négativement.

Dermatite herpétiforme de Duhring.

M. ISAAC présente un marin de 31 ans qui, pour une maladie de peau, s'est frictionné pendant plusieurs mois consécutifs avec du savon vert. Toute la peau était rouge et, dans les régions axillaire, scapulaire et fessière, recouverte d'excoriations. Sous l'influence d'un traitement anodin la maladie prit les caractères très nets d'une dermatite herpétiforme de Duhring.

M. BLASCHKO fait remarquer, quant au premier cas, que le groupement linéaire des nævi de ce genre n'est pas en rapport avec le trajet d'un nerf, mais avec certaines autres conditions de la peau.

M. ROSENTHAL croit qu'il s'agit bien, dans le second cas, d'une dermatite herpétiforme de Duhring.

Lichen ruber.

M. LEDERMANN présente un malade atteint de lichen ruber dont le frère est également affecté de la même dermatose. Comme les deux frères ne

vivent pas ensemble et que dans ce cas un vitiligo acquis a précédé la maladie actuelle de la peau, on doit admettre une prédisposition nerveuse. Ce cas est donc remarquable en raison de l'apparition, à plusieurs reprises, de lichen ruber dans la même famille et en ce qu'il vient à l'appui de l'origine nerveuse de la maladie.

M. BLASCHKO a traité le même malade, il avait alors un lichen ruber sous forme de ceinture sur le tronc; d'après ce caractère, il a pu diagnostiquer que le malade avait fait usage de compresses hydrothérapeutiques; il a vu survenir un lichen ruber sous cette même forme dans deux autres cas à la suite de l'application de compresses hydrothérapeutiques.

Extirpation radicale du lupus.

M. BUSCHKE rapporte les expériences qu'il a faites à la clinique de Neisser sur l'extirpation radicale du lupus et l'importance de l'ancienne tuberculine de Koch pour le diagnostic et le traitement de cette maladie. De ses recherches il résulte que la méthode palliative (acide pyrogallique, emplâtre de créosote salicylé, Paquelin, etc.) donne un résultat esthétique temporaire, mais non une guérison définitive. Avec l'extirpation radicale, au contraire, on peut enlever la partie malade dans toute son étendue et éviter ainsi les récidives.

En effet, sur 17 malades opérés il n'est survenu que dans un cas une récidive au centre d'un lambeau transplanté; ce lambeau était sans doute déjà malade, car on n'avait pas laissé de tissu lupique et il n'y avait pas eu d'infection après l'opération. Après l'injection de tuberculine il survint en effet, au point de la cuisse où le lambeau avait été pris, une tuméfaction edémateuse et de la rougeur et on constata la présence de granulations lupiques.

L'orateur a toujours soin de faire avant l'opération une injection de tuberculine, pour rechercher les points lupiques et pour reconnaître plus exactement la limite périphérique de la peau lupique qui réagit sous l'influence de l'injection et bien indiquer l'étendue que doit avoir l'extirpation; car les récidives après l'opération surviennent d'ordinaire à la limite des parties extirpées. C'est la forme serpigneuse du lupus qui offre les chances les plus favorables pour l'opération, parce que les foyers disséminés sont rares dans ces cas; la variété conglomérée présente de moins bonnes conditions, car dans le voisinage des grandes plaques il y a de plus petits foyers; les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels les foyers sont disséminés sur de grandes surfaces.

L'opération radicale est moins atroce que les raclages et les cautérifications répétées avec traitements pyrogallique.

Il présente ensuite un enfant qui a été opéré sur une joue avec greffe consécutive d'après Krause et sur l'autre avec celle de Thiersch. Chez le premier la surface est lisse, sur le deuxième il y a des saillies et des bourrelets consécutifs à la formation de kéroïdes. M. Buschke dit en terminant qu'il faut avoir recours à l'extirpation radicale dans tous les cas où il est possible d'enlever complètement les foyers morbides. L'apparition possible d'une petite récidive ne prouve rien, attendu que dans les opérations de tumeurs malignes des interventions secondaires sont souvent aussi nécessaires.

Séance du 4 janvier 1898.

Terminaison extraordinaire d'un impétigo contagieux en gangrène superficielle.

M. ESTREICHER rapporte que chez la dernière malade qu'il a présentée récemment avec des escharas gangrénées d'un caractère particulier sur la joue droite, il a vu survenir ultérieurement des pustules typiques d'impétigo ; il ne peut donc proposer que le diagnostic ci-dessus.

Angiomes.

M. BLASCHKO présente une femme de trente et quelques années dont le corps tout entier est recouvert d'un nombre considérable d'angiomes plus ou moins petits. Sur les deux côtés du thorax, il y en a eu des centaines et des milliers, de telle sorte que les deux seins semblent comme aspergés avec du sang. Sur le visage aussi ils existent cà et là. L'affection remonte à 16 ans, en connexion avec une première grossesse.

Cette femme présentait alors de fortes varices sur les jambes et les grandes lèvres et au voisinage de ces varices on voyait sur les organes génitaux les premiers de ces angiomes multiples. On peut donc vraisemblablement faire intervenir un rapport de causalité entre ces varices et les angiomes. On ne saurait décider s'il ne s'agit pas de varices capillaires et non d'angiomes, par conséquent d'ectasies et non de vaisseaux de nouvelle formation. Quoique le point de départ se trouve dans les varices, la métastase excessive est en faveur de néoplasies. Cette femme a eu sept enfants et est d'ailleurs bien portante.

Verrues développées sur un lichen ruber plan.

M. LION présente une femme de 40 ans, dans un état de décrépitude exceptionnelle pour son âge. Depuis sa jeunesse elle aurait eu de nombreuses verrues ; actuellement le tronc tout entier est envahi. En outre, sur le côté gauche du thorax, nævus de la dimension d'une pièce d'un franc. Une partie de ces verrues est ombiliquée et présente un éclat métallique spécial ; entre les plus grosses efflorescences il y a de véritables papules de lichen. Sous l'influence d'une pommade au sublimé et à l'acide phénique et de l'arsenic à l'intérieur, on constate au bout de cinq mois une régression évidente des verrues et des papules.

Extirpation du lupus.

Discussion sur la communication du Dr BUSCHKE (V. p. 493).

M. KAREWSKI. — Il y a trois points de vue à examiner pour l'opération radicale du lupus : 1^o jusqu'à quel point peut-on opérer dans chaque cas ; 2^o quels résultats durables obtient-on, et 3^o quels sont les résultats au point de vue esthétique ?

Pour le premier point, les cas qui opposent la plus grande résistance au traitement palliatif ne conviennent pas non plus pour l'excision. S'il s'agit par exemple d'un lupus étendu de la face avec envahissement des muqueuses, il est presque impossible d'enlever assez complètement toutes les parties malades pour pouvoir recouvrir par la greffe la partie de substance, constituer un visage convenable et éviter les récidives dans les

lambeaux greffés; souvent, en effet, le lupus détruit en un court laps de temps un nez ainsi reconstitué. Dans ces cas il est préférable de détruire d'abord le lupus par la cautérisation ou par le procédé de l'air chaud d'Holländer et de procéder ensuite à l'opération. Si l'on compte sur une guérison radicale il faut opérer entièrement dans le tissu sain, c'est-à-dire enlever une zone de plusieurs centimètres tout autour du foyer morbide ainsi que les fascias sous-cutanés. Dans les cas récents il ne faut pas s'astreindre aux méthodes palliatives. Quant aux résultats esthétiques et fonctionnels, l'orateur ne croit pas que dans les cas graves, par exemple aux membres, quand il y a des contractures, on réussisse avec la greffe.

Après l'extirpation il suture simplement la plaie, mais il recouvre les larges surfaces au moyen de lambeaux pédiculés; il obtient ainsi de meilleurs résultats esthétiques que ceux indiqués par Buschke.

La greffe de Thiersch ainsi que celle de Krause donnent des cicatrices déprimées; de plus, les lambeaux d'après la méthode de Krause peuvent disparaître de nouveau au bout de quelques mois; aussi donnerait-il dans ces cas la préférence à la greffe de Thiersch.

M. HOLLANDER est d'avis que si l'on a plus insisté dans ces derniers temps sur l'extirpation du lupus, c'est parce que les anciennes méthodes sont insuffisantes.

Il est, lui aussi, partisan de l'extirpation radicale dans tous les cas où il est possible de fermer la plaie par une suture. Il y a plusieurs contre-indications à l'opération: d'abord la forme disséminée du lupus, parce que le nombre des foyers est si grand que les plaies seraient trop considérables pour donner des résultats fonctionnels ou esthétiques satisfaisants, et que les récidives sont aussi plus fréquentes. Les lambeaux non pédiculés donnent d'ailleurs les résultats esthétiques les plus défavorables.

Le siège de la lésion constitue une autre contre-indication dans le cas où il s'agit d'une partie importante au point de vue esthétique: nerf, lèvres, paupières. Holländer présente ensuite trois femmes atteintes de lupus non opérable qu'il a traitées au moyen de l'air chaud; comme esthétique et comme guérison l'amélioration est extrêmement sensible.

M. BLASCHKO. — Les dermatologistes, sans nier les brillants résultats de l'extirpation, n'ont pas besoin d'intervenir chirurgicalement dans tous les lupus; dans de nombreux cas l'opération est inutile ou impossible. L'ancien procédé clinique peut amener la guérison complète et un résultat esthétique bien préférable à celui de la méthode sanglante; il présente à l'appui de son opinion une dame atteinte depuis 6 ans d'un lupus disséminé de l'aile gauche du nez et de la cloison, qui, depuis trois ans, à la suite d'un traitement par la liqueur de potasse et l'acide pyrogallique, n'a plus aucune granulation.

Il présente ensuite un malade atteint d'un lupus de l'avant-bras traité, mais sans résultat satisfaisant, par la méthode de l'air chaud de Holländer.

En résumé, selon l'auteur, il n'y a pas de méthode que l'on puisse regarder comme seule efficace, mais il faut dans chaque cas choisir celle qui est le mieux appropriée.

M. ROSENTHAL rapporte deux cas de lupus étendu; l'un a été opéré et guéri, l'autre a été traité sans résultat apparent pendant plusieurs mois

avec l'acide pyrogallique. Il met en parallèle les agréments de l'intervention opératoire, qui a été faite pendant la narcose et a permis au malade de reprendre complètement son travail dans l'espace de 3 à 4 semaines, avec la lenteur et les souffrances exceptionnelles de l'autre méthode que provoquait chaque pansement. Quoique tout dermatologue puisse observer des cas de guérison complète du lupus, d'après l'ancienne méthode, il faut cependant avouer qu'avec cette dernière méthode les récidives sont très fréquentes. Il préfère d'ailleurs un nez laid à un nez beau mais lupique. Dans les cas où cela est possible, il faudrait tâcher d'extirper le foyer lupique et de le remplacer par une cicatrice saine en opérant dans le tissu sain. Les dermatologues doivent donc se familiariser autant que possible avec cette méthode sanglante.

M. HOLLÄNDER croit que M. Blaschko n'a pas employé exactement sa méthode chez son malade.

M. BUSCHKE ne repousse pas toutes les autres méthodes de traitement du lupus ; il ne faut, il est vrai, y avoir recours que dans les cas où l'extirpation est impossible. Quant à la question de la plastique à l'aide des lambeaux, dans ses 17 cas le lambeau placé sur la plaie n'est pas tombé une seule fois ; cela n'a lieu d'ailleurs que dans les ulcères de jambe, où la nutrition est particulièrement mauvaise. Il n'est pas nécessaire que les lambeaux pour la greffe soient deux fois plus grands que la perte de substance ; il n'est pas exact qu'ils se rétractent à ce point et par suite augmentent notamment d'épaisseur. La méthode d'Holländer lui paraît une méthode purement palliative, tout comme la cautérisation ou le raclage, etc., il n'y a pas de différence essentielle.

A. DOYON.

NOUVELLES

Nous avons le regret d'apprendre la mort du professeur AMÉDÉE MARIANELLI, directeur de la clinique dermatosoiphilographique de Modène. Nommé professeur il y a deux ans à peine, Marianelli avait été longtemps assistant du professeur Celso Pellizzari et avait publié sous la direction de son maître une série de travaux estimés, principalement sur les trichophyties. Il y a quelques mois, il avait fait paraître une importante étude sur la sclérodermie.

La 70^e Réunion des naturalistes et médecins allemands se tiendra à Düsseldorf, du 19 au 24 septembre prochain. Les organisateurs de la section des maladies de la peau et de la syphilis sont les docteurs Max Bender et Karl Stern, le secrétaire le docteur Joseph Schäfer.

Le Gérant : G. MASSON.

ter-
au
3 à
utre
iste
nne
les
nez
her
en
lia-

sa

ent
dir-
m-
ne
la
es
s-
g-
ne
e,

E
s
n
-